



SAVONIA

■ OPINNÄYTETYÖ - YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

MITEN KUNTOUTTAVA TYÖOTE NÄKYY HOITO- TYÖN KIRJAAMISESSA?

TEKIJÄ: Jenni Venell

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma Terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma			
Työn tekijä(t) Jenni Venell			
Työn nimi Miten kuntouttava työote näkyy hoitotyön kirjaamisessa?			
Päiväys	5.12.2013	Sivumäärä/Liitteet	47/3
Ohjaaja(t) Sinikka Tuomikorpi			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä			
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten kuntouttava työote näkyy hoitotyön kirjaamisessa. Tutkimuksen kohteena oli hoitotyön kirjaaminen ja siinä esiintyvä kuntouttava työote.</p> <p>Tutkimusaineisto hankittiin tulostamalla hoitotyön teksti viikon ajalta kahdelta osastolta joissa potilaita oli yhteensä 28. Hoitotyön kirjaamisen tutkimuskohteena olivat suunnittelu, toteutus ja arviointi. Aineisto käsiteltiin sisällönanalyysillä.</p> <p>Tutkimuksen tulokset esitetään ala- ja yläkategorioiden sekä pelkistettyjen ilmaisujen avulla ja hoitotyön tekstistä eroteltiin hoitohenkilökunnan ja fysioterapeuttien kirjaaminen.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan kuntouttava työote näkyi hoitajien kirjaamisessa lähinnä päivittäisissä toiminnoissa kuten peseytymisessä. Fysioterapeuteilla kuntouttava työote oli fyysisen toimintakyvyn tukemista. Hoitotyön tekstistä ei käynyt ilmi, että kuntouttava työote olisi osastojen toimintafilosofiana. Kuntouttava työote on kuitenkin ajattelutapa, joten sen pitäisi näkyä kaikessa hoitotyössä.</p> <p>Hoitotyön kirjaaminen kuuluu tänä päivänä osana päivittäiseen hoitoon ja sen tulisi edetä prosessina, jolloin kirjaamisesta tulisi käydä ilmi potilaan hoidon tarve, suunnitelma, toteutus ja arviointi.</p> <p>Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta tarvitsee täydennyskoulutusta sekä hoitotyön kirjaamiseen että kuntouttavan työotteen sisällön selkiyttämiseen. Lisäksi moniammatilliseen yhteistyöhön tulisi kiinnittää huomiota.</p>			
<p>Avainsanat</p> <p>Kuntouttava työote, kuntoutumista edistävä hoitotyö, kuntoutus, hoitotyön rakenteinen kirjaaminen,</p>			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Management and Development Education programme for Healthcare professionals			
Author(s)			
Title of Thesis How rehabilitation nursing is shown in nursing documentation?			
Date 5.12.2013		Pages/Appendices	47/3
Supervisor(s) Sinnikka Tuomikorpi			
Client Organisation /Partners Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhtymä			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this thesis was to examine how rehabilitation in nursing is shown in nursing documentation. The target of the thesis was nursing documentation and rehabilitation which was documented. Base of the thesis was all nursing documentations made in two weeks in two different wards from total of 28 patients.</p> <p>Research subject in documentations were planning, implementation and evaluation. Content analysis was used to process gathered information.</p> <p>Result of thesis is stated via upper and lower categories and reduced phrases. Nursing documentation from ward staff and physiotherapists were processed separately. Results of the thesis implied that rehabilitation in nursing was shown in nurses nursing documentations mainly in daily bases functions, for example personal care. In physiotherapists' documentations, rehabilitation was used to support functional capacity. There was no implication in nursing documentations, that rehabilitation would be occupation philosophy of wards.</p> <p>Using rehabilitation is a way of thinking, so it should be seen in all nursing activity. Nursing documentation is solid part of daily nursing. Documentation should be a process, which indicates patients need of care and planning, implementation and evaluation of care.</p> <p>In the results of thesis can be seen that nursing staff needs further education to clarify both documentation and rehabilitation in nursing. Also a multiprofessional co-operation should be taken more noticed.</p>			
<p>Keywords</p> <p>rehabilitation nursing, activity nursing, rehabilitation nursing documentation, rehabilitation</p>			

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	5
2. KUNTOUTUS	8
2.1 Kuntousta ohjaavat lait	11
2.2 Kuntoutustutkimus Suomessa ja maailmalla	11
3. KUNTOUTTAVA TYÖOTE	12
4. HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	16
4. 1 Sähköinen potilasasiatietojärjestelmä	19
4.2 Hoitotyön prosessi	21
4.2.1 Rakenteinen kirjaaminen hoitotyön prosessin mukaan	22
5. HOITOTYÖN KIRJAAMINEN KANSAINVÄLISESTI	24
6 KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN KIRJAAMINEN	25
7. AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	26
8. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	28
9. TUTKIMUSPROSESSIN KUVAUS	28
9.1 Tutkimusmenetelmä	28
9.2. Tutkimuskohde ja aineiston hankinta	30
9.2.1 Aineiston käsittely ja analysointi	30
10. TUTKIMUSTULOKSET	30
11. POHDINTA	34
11.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	34
11.2 Tutkimustulosten tarkastelua	34
LÄHTEET	40
LIITE 1	45
LIITE 2	46
LIITE 3	47

1. JOHDANTO

Valtioneuvosto teki 11.4.2002 terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan periaatepäätöksen. Periaatepäätöksen pohjalta käynnistettiin kansallinen terveyshanke, jonka tavoitteena on turvata hoidon saatavuus ja laatu maan eri osissa asukkaan maksukyvyistä riippumatta. Tavoitteeseen pyritään kehittämällä terveystalvija valtion ja kuntien yhteistyönä sekä ottamalla huomioon järjestöjen ja yksityisen sektorin toiminta. Keskeisimmät kehittämisaalueet koskevat terveyden edistämistä ja ehkäisevää työtä, hoitoon pääsyn turvaamista, henkilöstön saatavuuden ja osaamisen parantamista, terveydenhuollon toimintojen ja rakenteiden uudistamista sekä terveydenhuollon rahoituksen vahvistamista. (Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteutumista ohjaavan työryhmän loppuraportti 2004:18)

Vuonna 2012 oli aktiivisen ikääntymisen ja sukupolvien välisen solidaarisuuden eurooppalainen teemavuosi. Sen tarkoituksena oli kiinnittää huomiota vanhempien ikäpolvien rooliin yhteiskunnassa. Teemavuoden tarkoitus oli rohkaista päättäjiä ryhtymään toimiin, joilla voitaisiin rohkaista ikääntyviä toimimaan aktiivisesti yhteiskunnassa sekä lisätä sukupolvien välistä yhteistyötä. Teemavuoteen liittyviä hankkeita ovat mm. Suomessa "Vie vanhus ulos kampanja ja "Valtaa vanhuus". Hyvinvointiteknologiaan liittyviä hankkeita ovat mm. Ruotsissa, Virossa ja Latviassa toteutettu "Innocare"-hanke, Itävallassa, Sveitsissä ja Ruotsissa iWalkactive-hanke, Saksassa, Sveitsissä, Espanjassa ja Italiassa toteutettu "Service oriented assisted living infrastructure"-hanke. (<http://europa.eu>)

EU pyrkii lisäämään hyvinvointia ja ratkaisemaan väestön ikääntymiseen ja ilmastonmuutokseen liittyviä haasteita tieto- ja viestintäteknologiaa hyödyntämällä. EU:n komission julkaisemassa digitalostrategiassa esitetään mm. että, tieto- ja viestintäteknologiaa olisi hyödynnettävä myös, kun pyritään ratkaisemaan ilmastonmuutoksen ja väestön ikääntymisen asettamia haasteita. Esimerkkejä teknologian älykkästä hyödyntämisestä ovat mm. energiatehokkaat valaistusjärjestelmät ja etälääketieteen käyttö. Yhtenä tavoitteena on luoda sähköinen käyttäjätunnusjärjestelmä, jonka avulla pääsee tutustumaan potilastietoihinsa mistä tahansa EU:ssa.

(http://ec.europa.eu/news/science/100519_fi.htm)

eEurope oli Euroopan unionin poliittinen aloite, jolla pyrittiin varmistamaan, että Euroopan unioni hyötyy täysimittaisesti tietoyhteiskunnan mukanaan tuomista muutoksista. Sen yksi tavoite oli muun muassa se, että verkkojen ja tekniikoiden käyttö kansanterveyden seurannassa, tiedonhaussa ja terveydenhoidossa voisi tuntuvasti parantaa terveydenhoitopalvelujen tehokkuutta, mistä on etua kaikille kansalaisille. Jatkona eEuropelle syntyi i2010, joka on eurooppalainen tietoyhteiskunta ohjelma. Sen tarkoituksena on lisätä innovointia ja investointeja tieto- ja viestintäteknikan tutkimuksen alalla. Lisäksi se edistää eurooppalaista tietoyhteiskuntaa, julkisten palvelujen ja elämänlaadun osalta. <http://eur-lex.europa.eu>

Vaatus tietojen yhtenäisestä kirjaamistavasta korostuu sähköisen potilaskertomusarkiston käynnistyessä syksyllä 2013. Kansallinen kirjaamismalli tarjoaa välineen tuottaa kirjaamista yhtenäisen ra-

kenteen avulla siten, että hoitotietojen jatkuvuus palvelujen antajasta riippumatta säilyy ja tiedot ovat käytössä kansallisesti aina, kun niitä potilaan tai asiakkaan hoidossa tarvitaan (Saranto ja Ensio 2012: 13).

Potilasasiakirjojen tehtävänä on palvella potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta sekä edistää hoidon jatkuvuutta. Terveystieteiden tulee pitää jokaisesta potilaasta jatkuvaan muotoon laadittua, aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta. Hoitokertomus on hoitohenkilökunnan ja myös muiden ammattiryhmien laatima potilaskertomuksen osa, jossa dokumentoidaan potilaan hoidon suunnittelu, toteutus, seuranta ja arviointi. Hoitokertomukseen kirjataan hoidon kokonaissuunnitelma, jota hoitotyön suunnitelma osaltaan toteuttaa. Lisäksi hoitokertomukseen kirjataan hoitoa ja potilaan vointia kuvaavat päivittäiset merkinnät. Hoitokertomus on tarkoitettu moniammatilliseksi työvälineeksi (Nykänen, Junttila 2012:3)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009) säädetään potilasasiakirjojen laatimisessa noudatettavista yleisistä periaatteista ja vaatimuksista.

Potilastietojärjestelmien rakentaminen on ollut jokaisen kuntayhtymän ja sairaanhoitopiirin oma asia, ja järjestelmiä on ostettu tarjouskilpailujen perusteella eri ohjelmistotaloilta. Näin samankin sairaanhoitopiirin alueella eri kuntien terveyskeskuksissa tai sairaaloissa voi olla useita erilaisia järjestelmiä, jotka eivät toimi keskenään, jolloin potilaan hoitotietojen tarkastelu toisessa toimintayksikössä ei onnistu, vaan ollaan edelleen lähetettävien paperiversioiden varassa, jolloin tiedon siirto hidastuu ja se voi olla myös puutteellista (Hallila 2005: 54).

Euroopan unionin jäseneksi liittymisen (2005) jälkeen Suomen on pitänyt ottaa huomioon lisääntyvä määrä EU:n terveyden edistämiseen tähtäviä normeja, joista monet sitovat Suomen lakien tavoin. Suomen on pitänyt sopeuttaa omaa lainsäädäntöään EU:n säädöksiin (Kauhanen, Erkkilä, Korhonen, Myllykangas, Pekkanen 2013: 114).

Terveystieteiden laissa (1326/2010) painotetaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. Lain tarkoituksena on asiakaskeskeiset ja saumattomat palvelut. Laki vahvistaa perusterveydenhuoltoa, edistää terveystieteiden saatavuutta ja tehokasta tuottavuutta.

Nykyisin terveyden edistämisessä päähuomio ei välttämättä ole sairausdiagnoosissa, vaan esimerkiksi esimerkiksi ihmisen toimintakyvyssä, jota voidaan kohentaa terveyden edistämisen toimilla mahdollisesta sairausdiagnoosista huolimatta. Tätä mallia kutsutaan funktionaaliseksi terveystieteeksi. Myös lääketieteen piirissä tämä malli on nykyisin varsin laajasti käytössä, erityisesti työterveyshuollossa, työkyvyn arvioinneissa sekä vanhusten terveydenhuollossa. WHO:n piirissä on ollut 2000-luvun alusta alkaen käytössä diagnostisia luokitteluja vastaava kansainvälinen toimintakyvyn ja vajaakuntoisuuden luokittelujärjestelmä International classification of functioning, disability and health eli ICF (Kauhanen ym. 2013).

Vähänkankaan väitöskirjassa (2010) *Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa* todettiin, että kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta vähentää vuodepotilaiden määrää 7,5%:lla. Tutkimuksessa todettiin myös, että kuntoutumista edistävää hoitoa saavan potilaan välitön hoitoaika lisääntyi vain kahdeksalla minuutilla.

Laurin (2007:101) mukaan terveyden edistäminen ja ylläpitäminen on aina ollut mukana hoitotyössä, mutta sen merkitys sairaanhoidossa on välillä unohtunut. Ihmisen terveyden ja omatoimisuuden ylläpitämisen ja kehittämisen pitäisi olla oleellinen osa kaikilla eri hoitotyön toiminta-alueilla.

Kuntouttava työte, kuntouttava hoitotyö ja toimintakykyä edistävä hoitotyö ovat termejä jotka tarkoittavat samaa asiaa. Käytännön työssä ”kentällä” on käytössä kuntouttava työote, siksi käytän sitä myös opinnäytetyössäni.

Valitsin opinnäytetyön aiheeksi kuntouttavan työotteen, koska se on ollut aina minulle tärkeä. Halusin jollakin tavalla tutkia, miten se näkyy osastotyössä. Hoitotyön dokumenttien analysointi muodostui toimivaksi menetelmäksi. Koska kuntouttava työote on yleisesti tunnustettu työtap ja lainsäädännöllä ohjataan hoitotyön kirjaamista, on oletettavaa, että kuntouttava työote näkyisi myös dokumentoinnissa.

Kuntouttavasta työotteesta on puhuttu vuosia ja se on käytössä hoitotyössä kaikkialla. Vai onko? Olen hieman kriittisesti suhtautunut hoitotyön esimiesten mainintoihin, siitä että heidän työpaikallaan on käytössä kuntouttava työote. Mielestäni se on ajattelutapa, jonka pitäisi näkyä kaikessa toiminnassa koko ajan. Meillä vallitsee kuitenkin edelleen ilmapiiri, jossa terapeutit kuntouttavat ja hoitajat hoitavat. Käytännön fysioterapeutin työssäni osastolla ja kotihoidossa olen törmännyt toimintatapaan, jossa potilas hoidetaan vuoteeseen ja fysioterapeutti avustaa potilaan ”ylös”. Kuntouttava työote on kuitenkin muuta kuin pelkästään fyysisen toimintakyvyn tukemista. Siihen kuuluvat myös sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn tukeminen. Se, että potilas kävelee muutamia metrejä päivässä ja istuu mahdollisesti paikallaan useita tunteja ei ole kuntouttavaa työotetta.

Hoitokertomuksessa kuvataan hoidon suunnittelu, toteutus, seuranta ja arviointi potilaan terveydentilasta. Tässä opinnäytetyössäni analysoin hoitotyön kirjaamista. Haluan kirjaamisen avulla selvittää miten kuntouttava työote näkyy päivittäisessä hoitotyössä.

2. KUNTOUTUS

Kuntoutuksen käsitesisältö on EU:n piirissä tavallisesti kapeampi kuin Suomessa. EU korostaa toimintapolitiikkaansa samalla tavoin kuin YK ja se julisti vuoden 2003 eurooppalaiseksi vammaisten vuodeksi, European Year of Disabled Citizens 2003. (Alaranta, Mannila 2008)

Kuntoutus on väestön toimintakykyä parantava työkalu, joka antaa sairastuneelle ihmiselle voimaroja elämänsä hallinnan tunteeseen. Hyvin järjestetylle kuntoutukselle on kysyntää. Suomen väestön ikääntyminen on EU-maiden nopeimpia seuraavan 20 vuoden aikana. Työvoimamme on ikääntyneempää kuin koskaan aikaisemmin ja työikäisten määrä vähenee vuoden 2010 jälkeen (Pohjolainen, Rissanen 2009:491).

Suomalainen kuntoutusjärjestelmä on julkisten ja yksityisten sekajärjestelmä. Kuntoutus ulottuu monien hallinnon alan ja toiminnan alueille. Julkisella puolella sosiaali- ja terveydenhuolto, opetustoimi ja työhallinto järjestävät palvelu- ja koulutustehtävänsä kuuluvaa kuntoutusta. Kela sekä lakisääteistä vakuutustoimintaa hoitavat työeläkelaitokset ja vakuutusyhtiöt vastaavat sosiaalivakuutuksen periaattein toteutetusta kuntoutuksesta. Yksityinen sektori on keskeinen kuntoutuksen palveluntuottaja. Kolmas sektori edustaa Raha-automaattiyhdistyksen taloudellisesti tukemaa kansalaistoimintaa, joka sisältää kuntoutuksen ohella mittavan vapaaehtoistoiminnan (Pohjolainen 2009: 492).

Kuntoutukseksi nimettävää toimintaa on ollut olemassa niin kauan kuin sairasta, vammaista tai syrjäytynyttä henkilöä on autettu löytämään inhimillisesti merkityksellisen aseman yhteisössään ja elämäntilanteessaan. Varhaisvaiheessa kuntoutuksen toteutuminen oli pitkälti satunnaisen hyväntekeväisyyden ja yksittäisten toimijoiden varassa. Valtion rooli kuntoutuksessa oli 1940-luvulle saakka varsin vaatimatonta. Toimintaa oli yksittäisissä sairaaloissa ja tuberkuloosiparantoloissa. Vasta talvi- ja jatkosodan invalidit, sodanjälkeinen laajamittainen jälleenrakentaminen ja työvoiman tarve tekivät valtiosta invalidihuollon ja myöhemmin laajemmin käsitettävän kuntoutuksen organisoijan (Lönnroos 2008:278).

Vuonna 1942 annettiin invalidihuoltolaki, joka rakentui osittain perinnäisen raajarikkoisten huollon, osittain sotainvalidien työhuollosta vuonna 1942 annetun lain pohjalle. Invalidihuoltolaki on merkittävällä tavalla vaikuttanut kuntoutustoimintaan maassamme (Kallio 1995:1).

Kuntoutus on runsaan puolen vuosisadan aikana kehittynyt suppean erityisryhmän palvelusta laajaksi ja monipuoliseksi toimintakokonaisuudeksi. Kuntoutuksen integroitumisprosessi on johtanut siihen, että kuntoutuksen toteuttaminen on Suomessa hajautettu ja kuntoutusta toteutetaan usealla eri hallinnonalalla. Samalla kuntoutuksen palvelujärjestelmästä on muodostunut varsin monimutkainen. Vuoden 2002 kuntoutusselonteossa todettiin, että kuntoutuksen kokonaisuuden hahmottaminen on ollut viime aikoina yhä vaikeampaa sekä kuntoutuksesta päättävälle, että itse kuntoutujille. Kuntoutuksen ympärille on syntynyt monitahoinen ja monimutkainen rakennelma lainsäädäntöä, palvelujen järjestäjiä, rahoittajia ja tuottajia. Työnjaon peruseriaatteet on kirjattu lainsäädäntöön, joka

myös velvoittaa kuntoutuksen järjestäjät ja muut tahot yhteistyöhön hallinnon kaikilla tasoilla: keskushallinnossa sekä alue- että paikallistasoilla (Järvikoski ja Härkäpää 2011:53).

Kuntoutus ja kuntoutumisen tukeminen ovat viime vuosi kymmenen aikana kokenut monenlaisia muutoksia, jotka heijastuvat niin kuntoutujan rooliin kuin työntekijän ajatteluun ja tekemiseen. Nämä muutokset liittyvät yhteiskunnan muuttumiseen. Kuntoutuksessa ja kuntoutumisen tukemisessa kehitys näkyy ehkä selkeimmin kuntoutujan roolin korostumisena sekä kuntoutuksen tehtävien monimuotoisuutena. Eräs keskeisemmistä sosiaali- terveysalalla näkyvistä muutoksista on viime vuosina ollut avohoidon kehittyminen ja lisääntyminen sekä laitoshoidon suhteellinen vähentyminen. Tämä kehitys jatkuu edelleen. Avohoidon ohella myös ennaltaehkäisevä työ on korostunut. Kuntoutujien tarpeet ovat lisääntyneet ja osin tulleet vaikeammin vastattaviksi (Kettunen, Kähäri- Wiik, Vuori-Kemilä, Ihalainen 2009:6)

Päävastuu kuntoutuksesta on ollut ja on edelleen julkishallinnolla, valtiolla ja kunnilla. Yksityissektorin keskeisimpiä toimijoita ovat yksityiset palveluntuottajat, erityisesti kuntoutuslaitokset. Myös kolmannella sektorilla eli kansalaistoiminnalla on aktiivinen rooli kuntoutuksen toteutuksessa. Raha-automaattiyhdistyksellä on tärkeä osa kuntoutuksen toteutuksessa. Kolmannen sektoritoimintaan kuuluu vapaaehtoistoimintaa ja erilaisia vertaistuen muotoja, joita on käytetty viime vuosina lisääntyvässä määrin kuntoutuksen osana. Terveystieteiden tutkimuksessa päävastuu kuntoutustarpeen tunnistamisesta on kuntasaon perusterveydenhuollolla, mutta merkittävä osa kuntoutusprosesseja hoidetaan myös alueella erikoissairaanhoidossa ja esimerkiksi sairaanhoitopiirien kuntoutusyksiköissä. Työeläkevakuutuksessa kuntoutusprosesseja hoidetaan suureksi osaksi keskushallintotasolla. (Järvikoski ym. 2011:53-54).

Kuntien sosiaalihuollon yleisenä tehtävänä on sosiaalihuoltolain (607/1991) mukaan edistää ja ylläpitää henkilön, perheen ja yhteisön sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä. Sosiaalihuollon tavoitteet ovat siten pitkälle samansuuntaiset kuin kuntoutuksen yleiset tavoitteet. Sosiaalihuollon kuntoutukselliset tehtävät koskevat kaikenikäistä väestöä. Kunnan sosiaalihuollon kannalta keskeinen kysymys on, kuinka kuntoutuksellisella työotteella toimintaa käytännössä toteutetaan ja miten yhteistyö muiden kuntoutustahojen kanssa toimii. Vaikka kuntoutuksen pääpaino olisikin jollain tietyllä ihmisen olemisen alueella, on kuntoutuva ihminen huomioitava aina kokonaisuutena. Esimerkiksi silloin kun kuntoutustarpeen ensisijainen lähtökohta on fyysisen toimintakykyisyyden vahvistaminen ja edistäminen. Kuntoutuksen avulla on tuettava ja vahvistettava myös ihmisen psyykkistä ja henkistä puolta, kykyä löytää tilanteesta uusia mahdollisuuksia, ratkaista tilanteen eteen tuomia ongelmia ja toimia luovasti eri tilanteissa. Jos huomio kohdistetaan vain fyysisen toimintakyvyn heikkenemiseen, saattaa korostua nimenomaan menetys, vamma ja viallisuus. Vahvat alueet ja jäljellä olevat voimavarat saattavat jäädä huomiotta (Kähäri-Wiik, Niemi, Rantanen: 1997: 47).

Koukkarin (2010:198) tutkimuksen mukaan kuntoutujien käsitykset kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta muodostivat kuvan, jonka tavoitteena on edistää toimintakykyisyyttä eri osa-alueilla, joissa yhdistyivät fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen elementti ja näiden yhteensulautuminen. Tutkimuksen mukaan osallistuminen yhteiskunnassa ja selvitysmiskeinojen käyttäminen

muodostivat ihmisen perimmäisen halun toimia yhdessä muiden kanssa. Näin ollen Koukkarin (2010:198) mukaan kuntoutuksessa tulisi olla sellaisia toimenpiteitä, jotka edistävät kuntoutujan selvitymistä ja tasa-arvoista kohtelua yhteiskunnassa.

Kuntoutus kattaa myös kuntoutujan arjen elinympäristön ja hänen toimisensa siinä. Tällöin myös kuntoutuksen ammattilaisilta edellytetään toimintakyvyn laaja-alaisuuden ymmärtämistä. Fyysisen toimintakyvyn lisäksi tulee kuntoutuksessa huomioida ne arjen toimintatilanteet, joissa kuntoutuja pystyy toimimaan ja toteuttamaan suunnitelmiaan itselleen merkityksellisellä tavalla fyysistä toimintakykyä hyödyntämällä. Tällöin kuntoutujan oma osallisuus on kuntoutusprosessin ydinkysymys (Wallin 2009: 112).

Monet yhteiskunnalliset muutostrendit –taloudellisen kasvun ja taantuman vuorottelu, työelämän muutokset globalisoituminen, pitkäaikaistyöttömyyden lisääntyminen, erilaiset syrjäytymisuhkat, väestön ikärakenteen muuttuminen ja huoli hyvinvointivaltion taloudellisen perustan säilymisestä – vaikuttavat siihen, millaisena kuntoutusta toteutetaan. Kuntoutuksen toteutukseen ja sisältöihin vaikuttaa myös eri tieteenalojen kehitys. Lääketieteen ja teknologian kehitys on luonut uusia mahdollisuuksia selviytyä työssä ja arkielämässä silloinkin, kun pitkäaikainen sairaus tai vamma aiheuttaa vakavia toiminnallisia rajoituksia (Järvikoski ym. 2011:8-9).

Kuntoutumisen näkökulmasta kuntoutus voidaan määritellä ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista, usein pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. Kuntoutus eroaa tavanomaisesta hoidosta ja huollosta monialaisuutensa ja menetelmiensä vuoksi. Hoidon ja kuntoutuksen raja ei kuitenkaan ole kaikissa tilanteissa selvä eikä sitä ole aina tarpeen vetääkään. Kuntoutujan oma osallisuus kuntoutusprosessissa ja vaikuttaminen ympäristöön ovat tämän päivän kuntoutuksen ydinkysymyksiä. Kuntoutus on saamassa yhä enemmän psykososiaalisia ja sosiaalisia ulottuvuuksia (Kuntoutusselonteko 2002).

Kuntoutusselonteossa 2002 todettiin, että ”tulevaisuudessa haasteina ovat ikääntyvän työvoiman työkyvyn ylläpitäminen, vanhusväestön toimintakyvyn säilyttäminen, kuntoutuksen riittävän varhainen aloittaminen, moniammatillisen työotteiden kehittäminen ja kuntoutuksen vaikuttavuutta koskevan tutkimuksen lisääminen.” Kuntoutuksen kokonaismenot vuonna 2000 olivat 1,2 miljardia euroa. Kuntoutuksen kokonaismenot ovat kasvaneet 1990-luvun ja 2000-luvun aluvuosina kasvaneet hyvää vauhtia. Kuntoutuksen tuloksiin on tämän vuoksi syytä kiinnittää huomiota. Kuntoutuksen vaikuttavuuden lisääminen oli keskeisenä aiheena eduskunnalla vuonna 2002 annetussa valtionneuvoston kuntoutuspoliittisella ohjelmalla (Kuntoutustutkimuksen kehittämisohjelma 2003:19).

2.1 Kuntousta ohjaavat lait

Kunnat järjestävät asukkaidensa lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut osana kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa tarkoitettua sairaanhoitoa. Lääkinnällistä kuntoutusta ohjaavat lait ovat: Terveydenhuoltolaki 1326/2010, Kansanterveyslaki 66/1972, Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989.(www.finlex.fi)

Kuntien sosiaalihuollon ja vammaispalvelujen avulla tuetaan henkilöitä, perheitä tai yhteisöjä, joilla on turvattomuutta tai toimintakyvyn ongelmia, vammaisia, kehitysvammaisia, vajaakuntoisia, päihdeongelmaisia ja vanhuksia. Toimenpiteinä ovat kuntouttavat sosiaalipalvelut, vammaispalvelut, työ- ja toimintakeskusten palvelut, päihdehuollon kuntouttava toiminta, elintapoihin ja elinoloihin vaikuttaminen ja vanhustenhuolto.(www.kuntoutusportti.fi).

Sosiaali- ja vammaishuollonpalveluja ohjaavat lait ovat: Sosiaalihuoltolaki 710/1982, Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1982, Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977, Lastensuojelulaki 417/2007, Päihdehuoltolaki 41/1986, Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 189/2001, Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003.(www.finlex.fi)

2.2 Kuntoutustutkimus Suomessa ja maailmalla

Kuntoutusasiain neuvottelukunnan tutkimusjaosto totesi Kuntoutusta tutkitaan 2000-raportissaan , että valtaosa (noin 70%) Suomessa toteutetusta kuntoutuksen tutkimuksesta oli mikrotasoisista, yksilöiden ja pienryhmien tilanteisiin, interventioihin ja kuntoutusprosessiin kohdistuvaa tutkimusta. Merkittävä osa tästä tutkimuksesta kohdistui jonkin kuntoutusmenetelmän tai toimintamallin tuloksiin, hyötyihin tai vaikuttavuuteen tai oli jonkin kuntoutuksen asiakasryhmän elämäntilanteessa tapahtuvien muutosten tarkastelua.

Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämistyötä on Suomessa viime vuosina tehty useissa eri yliopistoissa tutkimuslaitoksissa ja muissa organisaatioissa. Lapin ja Oulun yliopistot ovat käynnistäneet kuntoutuksen yliopisto-opetuksen ja määritelleet tehtäväkseen myös kuntoutuksen yliopistotutkimuksen kehittämisen (Kuntoutustutkimuksen kehittämisohjelma 2003:19).

Vuonna 2001 tehtiin sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin ja kuntoutusasiainneuvottelukunnan yhteistyönä arvio eräiden kuntoutusmuotojen ja eräiden kohderyhmien kuntoutuksen vaikuttavuudesta. Näyttö kuntoutuksen myönteisistä vaikutuksista oli alaselän pitkittyneen kivun kuntoutuksessa, aivohalvauspotilaiden akuutissa kuntoutuksessa ja äkillisesti sairastumisen tai tapaturman vuoksi toimintakykynsä menettäneiden vanhusten sairaalakuntoutuksessa(Kuntoutusselonteko 2002).

1990-luvulla Saksassa keskusteltiin olivatko kuntoutusjärjestelmät tehokkaita ja saavutettiin niillä mitä piti. Tästä seurasi kuntoutustutkimuksen laajeneminen. Vuoden 1998 ja 2005 välillä perustettiin lukuisia tutkimushankkeita. Näin saatiin tutkimustietoa siirrettyä käytäntöön. (Koch 2009:56)

Kuntoutus mainittiin ensimmäisen kerran EU:n tieteellisen tutkimuksen viidennessä puiteohjelmassa (1998–2002). Vuonna 1974 silloisen EEC:n komissio päätti ensimmäisestä vammaisten ammatillisen kuntoutuksen toimintaohjelmasta, mutta vasta 1980-luvun alusta käynnistyi kolmen ohjelman sarja, josta kaksi viimeistä olivat nimeltään Helios I (1987–1991) ja Helios II (1993–1997). Näissä oli runsaasti erilaisia tiedonkeruun ja kansainvälisen yhteistyön, erityisesti tiedonvaihdon hankkeita. Monet kuntoutuksen yleiset periaatteet sopivat hyvin yhteen EU:n yleisen työllisyys- ja sosiaaliturvapolitiikan kanssa: viime aikoina ns. aktiivisen sosiaalipolitiikan yhteydessä korostettu suunnitelmallisuus ja eri hallintokuntien yhteistyö, joka myöhemmin on laajentunut ns. kumppanuusajatteluksi (partnership), on tuotu käytännön kuntoutustyyöhön jo kauan sitten (Alaranta ym. 2008).

3. KUNTOUTTAVA TYÖOTE

Ikäihmisten hoito- ja palvelutoiminnan kehittämistä puhuttaessa niin valtakunnallisella, kunnallisella kuin organisaatiotasollakin, toistuu strategioissa ja visioissa sama näkemys hyvän hoidon ja palvelun tavoitteista. Hyvä hoito ja palvelu tarkoittavat ikäihmisten tukemista voimavarojensa lisäämisessä ja ylläpitämisessä (Luoma 2007:41).

Kuntouttava työote on määrätynlainen toimintaote, millä toimitaan, se liittyy kaikkiin päivittäisiin toimintoihin (Kelhä 2006) sekä kaikki potilaan kanssa tehtävä hoitotyö on luonteeltaan kuntoutumista edistävää. (Routasalo 2002)

Kuntouttavasta sairaanhoidosta ja omatoimisesta liikunnasta kirjoitti Mildred J. Allgire (1971) opaan. Allgiren mukaan kuntouttava hoito on aloitettava hoidon alusta alkaen, jotta ehkäistäisiin lisäsairaudet kuten painehaavat ja jäsenten virheasennot.

Kuntoutuksella ja kuntouttavan työotteen käsitteellä on eroa. Molempia tarvitaan ikäihmisten hoidossa ja palveluissa, mutta keskeisenä kysymyksenä on tuen ja ”täsmäkuntoutuksen” oikea-aikaisuus. Ikääntynyt voi olla kuntoutuja, jonka toimintakyky on heikentynyt muusta kuin vanhenemiseen liittyvistä yleisistä syistä. Kuntoutus on tavoitteellinen prosessi, jossa korostuu kuntoutuksen ammattilaisten erityisosaaminen. Hoitotyöntekijät eivät perinteisesti ole olleet näkyvässä roolissa asiakkaan kuntoutusprosessissa, vaan he ovat toimineet ikään kuin välimaastossa hoitamisen ja kuntoutuksen välillä. Viime vuosina käyttöön otettu kuntouttavan työotteen käsite sijoittuu tähän välimaastoon. Se korostaa koti- ja laitoshoidossakin jokaisen hoitotilanteen toteuttamista asiakkaan toimintakyvyn ja voimavarojen huomioon ottavalla tavalla. Kuntouttavasta työotteesta käytetään myös nimitystä kuntoutumista edistävä hoitotyö (Holma, Heimonen, Voutilainen 2002:43).

Toimintakykyä edistävän työotteen tavoitteena on tukea ja edistää liikkumis- ja toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, omatoimisuutta, elämänhallintaa hyvinvoinnin ja mielekkään elämän hyvinvoinnin parantamiseksi. Toimintakykyä edistävä työote on asiakaslähtöistä, fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen aktiivisuuteen kannustavaa sekä innostavaa ja rohkaisevaa.

Kuntoutumista edistävän työotteen pyrkimyksenä on auttaa kuntoutujaa tunnistamaan, lisäämään ja hyödyntämään omia ja ympäristönsä voimavaroja. Kuntoutumista edistävää työotetta on kutsuttu usein myös nimellä kuntouttava työote. Kuntoutumista edistävä työote tähtää asiakkaan riippumattomuuden tukemiseen. Tämä näkyy käytännössä asiakkaan omatoimisuuden vahvistamisena niin, ettei kuntoutujan puolesta tehdä sellaista, mistä hän voisi suoriutua itse. Omatoimisuudessa tuetaan myös asiakkaan autonomiaa ja itsemääräämisoikeutta, eikä työntekijä siksi tarpeettomasti päätä kuntoutujan puolesta esimerkiksi, mitä vaatteita kuntoutuja pukee päälleen, milloin haluaa peseytyä tai miten ja millaisena hän nauttii ruokansa. Kuntoutumista edistävä työote pyrkii voimavarojen ja mahdollisuuksien lisääntymiseen (Kettunen ym. 2009:23).

Kuntouttava työote on myös *omatoimisuuden tukemista*, kun hoitaja auttaa potilasta päivittäisissä toiminnoissa, on tärkeää, ettei hän passivoi potilasta vaan tukee kaikin mahdollisin keinoin tämän *omaa aktiivisuutta ja omatoimisuutta*. Potilaan omatoimisuutta tukemalla voidaan *pitää yllä ja parantaa hänen toimintakykyään* ja mahdollistaa se, että *hän suoriutuu* kotiutumisensa jälkeen itsenäisesti. Sairaalassa ja hoitolaitoksessa tulee pyrkiä siihen, että potilas tulee parantuessaan ja kuntoutuessaan riippumattomaksi hoitoa antaneista ihmisistä. Omatoimisuuden periaatetta toteuttaa parhaiten potilaasta ja hänen tilanteestaan kiinnostunut hoitaja. On tärkeää tuntea potilas ja hänen kotiympäristönsä riittävän hyvin ja saada kuva siitä, miten potilas on selvitynyt päivittäisistä askareistaan ennen hoitojaksoa (Iivanainen, Järvikoski 2012:490).

Kuntoutumisen tukeminen erottuu hoitamisesta menetelmällisesti siinä, että tarpeiden lisäksi ihmisen henkilökohtaiset voimavarat, resurssit, ovat lähtökohtina toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa. Kuntoutumisen tukeminen tulisi olla ihmisen omien voimavarojen, mahdollisuuksien ja jäljellä olevan toimintakyvyn vahvistamista. Kuntouttavan työotteen periaate säilyy, kun perushoidon ja kuntouttavan toiminnan välille ei tehdä suurta eroa, vaan kaikki toiminnot tehdään toimintakykyä edistävästi. (Suvikas, Laurell, Nordman 2011:111; Heikkinen, Marin 2002:61)

Kuntouttavan tai kuntoutumista tukevan työotteen katsotaan nykyään kuuluvan periaatteena ja toimintatapana kaikkeen hyvään hoitoon ja hoivaan. Kuntouttavaa työotetta painotetaan esimerkiksi vanhustyössä, mielenterveytyksessä ja sosiaalityössä. Kuntouttava sosiaalityö on sosiaalityön lähestymistapa, jonka tavoitteena on edistää asiakkaiden elämänhallintaa. Se perustuu asiakkaan ja sosiaalityöntekijän yhteiseen työskentelyyn, jossa pyritään saamaan aikaan muutos asiakkaan elämäntilanteessa ja toimintaedellytyksissä vahvistamalla omaa toimintakykyään ja vastuunottoaan. Kuntouttavalla tai kuntoutumista tukevalla työotteella viitataan yleensä työntekijän tai ammattikunnan työtapaan tai toimintaotteeseen, jonka periaatteena on ottaa huomioon asiakkaan tai potilaan subjektiivisuus, osallisuus ja vaikutusmahdollisuudet. Tällöin asiakasatyössä käytetään erilaisia selvitymistä ja elämänhallintaa edistäviä tai asiakkaan omatoimisuutta sallivia työtapoja.

Hoito- ja vanhustyössä kuntouttavan työotteen tarkoituksena on tukea ja kannustaa asiakasta tai potilasta selviytymään mahdollisimman itsenäisesti omien voimavarojensa ja toimintakykynsä mukaan. Kuntouttavalle työotteelle on ominaista yhdessä tekeminen, ei toisen puolesta tekeminen. Lähtökohtana on, että asiakkaalla tulee olla mahdollisuus tehdä valintoja omaan selviytymiseensä ja

arkielämään liittyvissä asioissa. Myös toimintakyvyltään heikentyneellä asiakkaalla tulisi olla mahdollisuus toteuttaa arkipäivän toimiaan ilman, että työntekijät päättävät arkitoimien toteutuksesta, aikataulusta tai rytmittämisestä hänen puolestaan, kiireeseen tai työpaineisiin vedoten. Kun asiakkaalle annetaan aikaa omaan suoriutumiseen, tuetaan samalla hänen toimintamahdollisuuksiaan ja oma-toimisuuttaan. Kuntouttava työote ei kuitenkaan tarkoita sitä, että vanhus tai vaikeavammainen pakotetaan suoriutuman itsenäisesti. Apua ja ohjausta tulee olla tarjolla aina, kun asianomainen ei selviydy yksin tai hän itse haluaa apua.

Usein kuntouttavan työotteen yhteydessä korostetaan fyysistä puolta. Yhtä tärkeää on ottaa huomioon psyykkiset ja sosiaaliset seikat. Mahdollisuus omiin valintoihin ja päätöksen tekoon on kuntoutumisen tavoitteiden kannalta olennaista (Järvikoski ym. 2011: 23).

Potilaan ei anneta vetäytyä päivittäisistä toimista, vaan hänet otetaan niihin mukaan ja häntä kannustetaan osallistumaan erilaisten ryhmien toimintaan. Hoitaja ei pakota potilasta toimimaan vastoin tahtoaan, vaan ainoastaan kannustaa häntä. Potilaan kunto otetaan aktiviteetin edistämässä huomioon. Jos potilas tuntee itsensä väsyneeksi, hänelle annetaan mahdollisuus siihen, että asioita tehdään hänen puolestaan. Aktiviteettia edistävään toimintaan kuuluvat esimerkiksi potilaan toiminnallisen kuntoutuksen järjestäminen, liikeharjoitusten toteuttaminen, toimintaa ylläpitävän asentohoidon toteuttaminen, ja erilaisten virikkeiden järjestäminen (Hovilainen-Kilpinen, Oksanen 2012:173-174).

Sosiaali- ja terveysministeri Maija Perho painotti vuonna 2003 kuntouttavaa työotteen tarvetta *”Kuntouttava työote tulisi ottaa käyttöön kaikessa ikääntyneiden hoito- ja palvelutoiminnassa sekä kotihoidossa että laitospalveluissa. Ydinkysymys on se, miten kuntouttava työote ymmärretään eri työyksiköissä ja palvelu-muodoissa. Kuntouttava työote on eri asia kuin kuntoutus. Kuntouttavan työotteen toteutumisen edellytyksenä on mielestäni se, että työyksiköissä on riittävästi henkilökuntaa. Monessa sairaalassa ja vanhainkodissa kuntoutus mielletään edelleen erillisenä toimintakokonaisuutena, jonka päävastuu on kuntoutustyöntekijöillä, kuten fysioterapeuteilla, askarruttajilla ja ulkoiluttajilla. Palvelutaloissa kuntoutus ymmärretään lähinnä arkiaskareisiin osallistumisena, kuten pöytien kattamiseen ja ruoanvalmistuksen aputehtäviin. Kuntouttava työote tulisi läpäistä kaikkea iäkkäiden parissa tehtävää työtä. Se on enemmänkin yhdessä kuin toisen puolesta tekemistä.”*

Kuntouttava hoitotyö on määritelty tavoitteelliseksi yhteistyöksi potilaan kanssa, joka sisältää kokonaishoidon integroimisen niin, että erityisterapiat ja hoitotyö muodostavat kokonaisuuden. Kokonaishoidon integrointi tarkoittaa erityisterapioissa (fysio-, toiminta- ja jalkaterapia sekä apuvälinetekniikka) opittujen taitojen ja tekniikoiden yhdistämistä päivittäisiin toimintoihin. Se on opittujen ja harjoiteltavien taitojen käyttöönottoa arkipäivään liittyvissä tilanteissa eli tekniikoiden soveltamista jokapäiväisiin tilanteisiin. (Virjonen 2000:11)

Kuntouttava työote tarkoittaa dementoituvien parissa työskentelevien uudenlaista hoitotapaa ja –asennetta, jossa korostuvat seuraavat periaatteet: dementoituvan yksilöllisyyden tunnustaminen ja tukeminen dementoituvan jäljellä jäljellä olevien, heikentyneiden ja menetettyjen toimintakyvyn alueiden ja voimavarojen tunnistaminen ja huomioon ottaminen, dementoituvien säilyneiden toiminta-

kyvyn alueiden ja voimavarojen tukeminen ja ylläpito sekä hoitotyön tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus ja systemaattisuus (Lundgren 1998: 13).

Toimintakykyä ylläpitävä hoitotyö perustuu dementoituvan jäljellä olevien voimavarojen ja toimintakyvyn tuntemiseen ja hoitajan toiminnan toteuttamiseen niin, että se tukee ja ylläpitää dementoituvan toimintakykyä. Tämä edellyttää laajaa toimintakykykartoitusta, selkeitä ja mitattavissa olevia hoitotyön tavoitteita, hoitajien sitoutumista toimimaan tavoitteiden suuntaisesti sekä jatkuvaahoitajien oman toiminnan ja henkilön toimintakyvyn arviointia. Hoitotyö lähtee siitä, että henkilö itse on terveytensä ja toimintakykynsä ylläpitäjä. Tällöin hän käyttää niitä toimintakykynsä alueita, jotka mahdollistavat arjessa selvityksen. Kun selvitykseen tulee ongelmia, hän tarvitsee muiden apua. Toimintakykyä ylläpitävän hoitotyön keinoin voidaan tukea hänen omaa toimintaansa ja auttaa niissä toiminnoissa, mistä hän ei selviydy yksin. Tuen ja auttamisen lähtökohtana on se, että hoitajat tietävät sairastuneen voimavarat, toimintakyvyn vahvat ja heikot alueet (Routasalo 2004: 86-87)

Koska kuntoutumisen tukemisen ammattitaidossa perimmältään on tärkeintä kyky toteuttaa aidosti kuntoutumista edistävää työtä, on avainasemassa kyky myötäelää, kuulla asiakkaan todelliset tarpeet ja saada selville, mihin asiakas on valmis sitoutumaan kuntoutumisen mahdollistumiseksi. Kysymys on kohtaamisen, kuuntelun ja kuulemisen taidoista sekä taidosta olla vuorovaikutuksessa läsnä –eli dialogin taidosta (Suvikas ym. 2011:126).

Mietittäessä eroja ja yhtäläisyyksiä kuntouttavan hoitotyön ja geriatrisen kuntoutuksen välillä, on hyvä huomata, että molemmat korostavat samoja asioita. Potilas nähdäänkin molemmissa aktiivisena toimijana omassa kuntoutusprosessissaan, joka etenee yksilöllisesti määriteltyjen tavoitteiden mukaisesti kohti parempaa kokonaisvaltaista toimintakykyä, elämänhallintaa ja sosiaalista selvitystä. Molemmissa korostuvat eri ammattiryhmien saumaton yhteistyö ja omaisten mukana olo heti alusta lähtien (Halminen-Äkräs ja Turunen 2002:12).

Kuntoutuminen voidaan nähdä kasvu- ja oppimisprosessina. Sen aikana kuntoutuja kehittää itselleen parhaiten sopivia keinoja ja strategioita, joiden avulla hän pystyy selvitykseen mahdollisimman täysipainotteisesti arjessaan ja sosiaalisessa kanssakäymisessään sekä osallistumaan yhteisönsä tasavaroisena jäsenenä. Vaikeassa tilanteessa olevan kuntoutujan usko omiin voimavaroihinsa ja mahdollisuuksiinsa on joskus heikko. Silloin hoitaja tukee kuntoutujan omaa aktiivisuutta, rohkaisee, sekä kannustaa käyttämään omia voimavaroja ja etsimään uusia keinoja ongelmatilanteiden ratkaisemiseen. Vaikka ihmisen toimintakyky olisikin heikentynyt, hänen tulee saada päättää itse arkipäivänsä toimien aikataulusta ja toteutuksesta. Hoitaja auttaa ja ohjaa vain niissä toiminnoissa, joista kuntoutuja ei selviydy yksin. Kuntoutumisen kannalta on tärkeää, että tuetaan paitsi sosiaalista myös psyykkistä puolta. Hoitaja tukee kuntoutujaa niin, että tämä voi ylläpitää sosiaalisia suhteitaan ja osallistua harrastuksiin (Kähäri- Wiik, Niemi, Rantanen 2007: 18-19).

Sosiaali- ja terveysministeriön Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen selvityksessä 2003, ehdotettiin yhdeksi toimenpiteeksi ”Sosiaali ja terveydenhuoltohenkilökunnan perus- ja täydennyskoulutusta kehitettävä siten, että hoitokäytännöt muuttuvat. Esimerkiksi

kotipalvelun, vanhainkotien ja palvelutalojen kuntouttava työote auttaa asukkaiden aktiivisuuden lisäämisessä” (Hirvensalo, Huovinen, Kannas, Parkatti, Äijö 2003 :77).

Kansainvälisesti kuntouttava työotteesta tai kuntouttavasta hoitotyöstä käytetään termiä rehabilitation nursing ja activity nursing.

Kanadassa on käytössä mm. restorative nursing program (RN Program). Restorative nursing on fysioterapian ja hoitotyön ”väliltä”. Siinä korostetaan mm., että hoitosuunnitelmassa on mitattavat tavoitteet sekä potilaan kuntoutumista arvioi sairaanhoitaja säännöllisesti. Suunnitelmassa pitää olla selkeät, realistiset ja mitattavat tavoitteet.

http://www.uwo.ca/actage/pdf/rc_fall_2011/Rehab%20Nursing%20Sept2011.pdf

Yhdysvaltalaisessa *kuntouttavaan hoitoon* liittyvässä tutkimuksessa (Morris ym 1999) selvisi, että laitoshoidolla voi olla merkittävä rooli päivittäisten toimintojen säilymisessä, kun asukkaiden annetaan osallistua laajasti kaikkiin päivittäisiin toimintoihin. Tässä tutkimuksessa arvioitiin voimaharjoittelun ja hoitotyöhön perustuvan kuntouttavan hoidon vaikutusta asukkaiden ADL-toimintoihin sekä fyysiseen suoriutskykyyn.

4. HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Lainsäädäntö ohjaa siirtymään valtakunnallisesti yhtenäiseen kirjaamisen malliin vuoteen 2014 mennessä. Terveystietojen eri organisaatioiden on tuotettava ja lähetettävä kelan ylläpitämään Kanta-arkistoon yhdenmukaisia potilasasiakirjoja, jotta potilaiden tietoja voidaan lukea ja käsitellä muuallakin kuin tiedot tuottaneessa organisaatiossa. Tietojen rakenteistamisen tarkoituksena on auttaa terveydenhuollon ammattihenkilöä löytämään tarvitsemansa tieto nopeammin. Kansallisen terveys-hankkeen yhtenä tehtävänä oli määritellä kansallisesti yhteiset ydintiedot, joiden avulla terveydenhuollon eri palvelujenantajat voivat samoja käsitteitä ja rakenteita käyttämällä tuottaa samanlaisia potilastietoja. Näin tehdään mahdolliseksi tietojen automaattinen käsittely riippumatta siitä, missä tietojärjestelmässä tieto on alun perin syntynyt (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Potilasasiakirjojen laatimista koskevat potilaslaissa ja potilasasiakirja-asetuksessa olevat säännökset, joista ilmenee, kuka asiakirjoja voi laatia ja mitä tietoja niihin tulee merkitä. Lisäksi niitä koskevat henkilötietolain säännökset siitä, millaisia laadullisia edellytyksiä kirjattaville tiedoille ja niiden käsittelylle asetetaan sekä lukuisat eri säännökset siitä, kenellä näitä tietoja on oikeus terveydenhuollossa käsitellä.

Kirjaamista ohjaavat lait ovat Potilasvahinkolaki 585/1986, Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989, Mielenterveyslaki 1116/1990, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994; Henkilötietolaki 523/1999, Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999 ja Hallintolaki 434/2003. (www.finlex.fi)

Suomessa kirjataan hoitotyötä ainakin seuraavilla kolmella tavalla: hoitotyön kansallisen kirjaamis-mallin mukaan, yliopistollisten sairaaloiden yhteisesti kehittämän moniammatillisen hoitokertomuk-sen otsikkorakenteen mukaan ja potilaiden hoitoisuuden arviointiin käytettävän mittarin osa-alueiden mukaisesti. Muitakin kirjaamistapoja löytyy näiden lisäksi; varsinkin yksiköissä, joissa kirjaaminen tapahtuu edelleen manuaalisesti paperille (Nykänen, Junttila 2012:).

Hyvän kirjaamisen kriteerinä pidetään sitä, että se antaa selkeän kuvan potilaan kuntoutuksen tar-peesta, hoitotyön tavoitteista, keinoista ja saavutetuista tuloksista. Pitkäaikaishoidossa korostuu myös omaisten merkitys osana kokonaishoitoa. Suomessa yleisimmin käytössä olevia potilastietojär-jestelmiä ovat Pegasos, Effic ja Miranda. Järjestelmästä riippumatta kirjaamista ohjaavat samat säädökset, ja jokaisessa järjestelmässä kirjaaminen tapahtuu samojen peruserätyönteiden mukaises-ti, vaikkakin järjestelmät ovat sisällöllisesti ja ulkonäöllisesti poikkeavia(Kari, Niskanen, Lehtonen, Arslanoski 2013:45).

Hoitotyön kirjaaminen on osa potilaan sairaskertomusta. Hoitohenkilökunnan kirjaamisessa korostuu erityisesti potilaan kokonaishoidon toteutuksen ja sen vaikutusten kirjaaminen sekä potilaan tilan se-kä fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisen selviytymisen jatkuva seuranta ja arviointi (Ikonen 2001:130).

Potilaan tai asiakkaan yksilöllinen hoitaminen edellyttää häntä koskevan tiedon sujuvaa ja turvallista käyttöä. Hoitajan tekemät havainnot yhdessä täsmällisten ja riittävien taustatietojen kanssa mahdol-listavat hoidollisen päätöksenteon potilaan tai asiakkaiden tarpeiden mukaan. Hoitotietojen kirjaa-misen tehtävään kuuluu asiakkaaseen tai potilaaseen liittyvän tiedon tuottaminen, säilyttäminen ja jakaminen luotettavasti, tehokkaasti ja turvallisesti. Asiakas tai potilas odottaa, että se palvelee hä-nen kokonaisvaltaista hoitoaan ja että se on yhtenevä hänelle välitetyn tiedon kanssa (Saranto 2012:13; Haho 2009).

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (2001) ohjeistetaan, että potilasasiakirjoihin tulee merki-tä potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun , toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelli-set sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Lisäksi oppaassa mainitaan, että merkintöjen tulee olla selkei-tä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä tulisi käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Lisäksi potilasasiakirjoihin tehtävien merkintöjen tulee olla virheettömiä, siten kuin henkilötietolaissa 9§:ssä säädetään. Asetuksessa ohjeistetaan myös, että terveydenhuollon toimin-tayksikön tulee pitää jatkuvaan muotoon laadittua potilaskertomusta jokaisesta potilaastaan. Jatku-vaan muotoon laadittu potilaskertomus on potilasasiakirjojen keskeisin osa.

Vaikka Suomessa käytetään kirjaamisen rakenteena Maailman terveysjärjestön (WHO) päätöksente-on prosessimallia, voidaan terveydenhuollon toimintayksiköissä sopia sisäisesti hoitotietojen kirjaa-misen käytännöistä siitä, mitä kirjataan.Asiakkaiden tai potilaiden hyvinvoinnin kannalta käsitys siitä, millainen tieto on tärkeää, saattaa poiketa yksiköittäin aina sen haastavuuden ja tarjottavien palve-lujen mukaan(Haho, 2013).

Hoitotyön kirjaaminen on työtehtävä, jota hoitohenkilökunta suorittaa jatkuvasti päivittäin. Kirjaamisuusjuvuus, kirjaamismallin toimivuus sekä tietojärjestelmätoteutusten käytettävyys ovat tärkeitä työtehtävien suorittamiseksi tehokkaasti ja sujuvasti. Terveysthuollon toimijoiden hyvä yhteistyö edellyttää, että käytettävät työvälineet, esimerkiksi potilastietojärjestelmät ja hoitokertomukset, tukevat ominaisuuksillaan työtehtävien suoritusta ja tarjoavat käyttäjille heidän työtehtäviinsä ja ammattilaisuuteensa sopivia työkaluja. Moniammatillisuuden näkökulmasta hoitotyön kirjaamisen ja kirjaamistoiminnan toteutuksen tulisi tukea hoitohenkilökunnan ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten keskinäistä tiedonvaihtoa, päätöksentekoa ja työnjakoa tarkoituksenmukaisella tavalla (Nykänen ym. 2012:3).

Nykänen ym. (2010) tutkimuksen tulokset osoittivat ongelmia kirjaamismallissa, tietojen moniammatillisessa hyödyntämisessä sekä hoitokertomuksissa. Tutkimuksessa todettiin myös, että moniammatillisuutta pitäisi parantaa siten, että kirjaamismallin kehittämisessä huomioidaan muiden hoitotyöhön osallistuvien tietojen dokumentointi ja hyödyntämistarpeet.

Hoitokertomus on hoitohenkilökunnan ja myös muiden ammattiryhmien yhteisesti laatima potilaskertomuksen osa, joka käsittää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin. Hoitokertomus sisältää hoidon kokonaisuuteen liittyvää tietoa potilaasta, ammattiryhmien hoito- ja tutkimussuunnitelmia, tutkimustuloksia ja lausuntoja sekä pohdiskelevaa päivittäistä seurantatietoa. Moniammatillisen yhteistyön tulisi näkyä hoitokertomuksessa, joka on kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien yhteinen työväline ja kirjaamisalusta. Jatkuvuuden ja joustavan hoitoketjun turvaamiseksi tarvitaan potilasta hoitavilta näkemystä ”yhteisestä potilaasta” ja sitoutumista siihen, että potilaan hoito toteutuu kaikkien osapuolten välisenä yhteistyönä. Rakenteisesta ydintiedosta voidaan laatia tiivistelmiä ja jatkohoidon suunnitelmia, joita tarvittaessa hyödynnetään moniammatillisen hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa, laadun seurannassa sekä tilastoinnissa (Tanttu, Ikonen 2007:112).

Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, hoitopaikassa laadittuja tai sinne saapuneita asiakirjoja tai teknisiä tallenteita, jotka sisältävät potilaan terveydentilaa koskevia tietoja tai muita henkilökohtaisia tietoja.

Se sisältää yhteenvedon annetusta hoidosta ja yksityiskohtaiset ohjeet seurannasta ja jatkohoidosta, joten Lääkärin, sairaanhoitajan ja muun terveydenhuollon ammattihenkilön merkinnät potilaan tai asukkaan hoidosta ovat potilasasiakirjoja riippumatta siitä, missä organisaatiossa potilasta tai asiakasta hoidetaan. Näin ollen terveydenhuoltohenkilöstö täyttää potilasasiakirjoja myös sosiaalihuollon laitoksessa. Potilasasiakirja-asetuksen 17 pykälän mukaan jokaisesta hoitojaksosta on laadittava loppulausuntoloppulausunnon laatii lääkäri.

Potilasasiakirjat on tarkoitettu ennen kaikkea tukemaan potilaan hyvää hoitoa. Niihin on merkittävä hyvän hoidon suunnittelun, järjestämisen, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot selkeästi ja ymmärrettävästi.

Potilasasiakirjat ovat tärkeitä sekä potilaan että häntä hoitaneiden ammattihenkilöiden oikeusturvan kannalta varsinkin, jos potilaan hoidosta kannellaan tai hoitoa joudutaan muuten jälkeenpäin selvittämään. Potilasasiakirjat on laadittava niin, että niistä saa selkeän käsityksen siitä, miten potilaan hoito toteutettiin eri vaiheissa, ketkä siihen osallistuivat ja miten potilaan lakisääteiset oikeudet otettiin huomioon hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa.

Hoidon tuottajalla, kuten sairaanhoitopiirillä, terveystieteiden tutkimuskeskuksella, yksityisellä terveyspalvelujen tuottajalla tai itsenäisellä ammatinharjoittajalla on velvollisuus pitää yllä potilasasiakirjoja. Potilaslain mukaan asiakirjoihin pitää tehdä potilaskohtaiset merkinnät tapahtumista. Potilasasiakirjalla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä tai toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai muualta saapuneita asiakirjoja taikka tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia merkintöjä. Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja siihen liittyvät lähetteet, laboratorio-, röntgen- ja muut asiakirjat ja lausunnot sekä lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät asiakirjat. Potilasasiakirjoja ovat myös muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat (Saranto, Ensio, Tanttu, Sonni-
nen 2008:12).

4. 1 Sähköinen potilasasiatietojärjestelmä

Sähköisistä terveydenhuoltopalveluista – eli digitaalisen tekniikan käytöstä hoidon saatavuuden ja laadun parantamiseksi ja terveydenhuoltoalan tehostamiseksi – tulee tulevaisuudessa entistä olennaisempi osa EU:n terveyspolitiikkaa. Esimerkkinä EU:n toimista tällä alalla on vapaaehtoisen sähköisten terveydenhuoltopalvelujen verkoston perustaminen vuonna 2011. Verkoston tarkoituksena on edistää sähköisten potilasjärjestelmien käyttöä sekä uusia, innovatiivisia terveydenhuoltoratkaisuja (http://europa.eu/pol/pdf/flipbook/fi/public_health_fi.pdf).

Terveydenhuollossa potilastietojen hallinta on kehittynyt laajaksi järjestelmäksi (systeemiksi), johon kuuluvat tietojen tuottamisen, säilyttämiseen ja jakamiseen tarvittavat välineet, menettelytavat ja ohjeet sekä tietysti ihmiset toimijoina. Kirjatulla tiedolla on erityisesti merkitystä potilaan päivittäisessä hoidossa: hoitotietojen pitää olla käytettävissä viiveettä niitä tarvitsevilla. Tämä edellyttää kirjaamiselta yhdenmukaisuutta ja rakenteisuutta. (Saranto ym. 2008:12)

Ensimmäinen sähköinen potilaskertomus otettiin käyttöön 1982 Varkauden terveyskeskuksessa. Sen jälkeen on kehitetty 1980-luvun loppupuolella ja 1990-luvulla useita eri ohjelmistoja perusterveydenhuollon tietojärjestelmiksi.

.

Perusterveydenhuollon tietojärjestelmät ovat kokonaisvaltaisia järjestelmiä, jotka kattavat kaikki perusterveydenhuollon eri toiminnot. Erilaisia toimintoja ovat esimerkiksi vastaanottotoiminta ja hammashuollon toiminta. Erikoissairaanhoidossa erilaisia ohjelmistoja on ollut jo 1960-luvulta lähtien lähinnä taloushallinnan tarpeisiin. Vasta 1990-luvulla otettiin käyttöön potilaskertomusohjelmistoja. Erikoissairaanhoidossa käytössä olevat ohjelmistot käsittivät yleensä potilaan tunnistetiedot, tutkimus- ja hoitosuunnitelman sekä historian, potilaskohtaiset päivittäiset merkinnät toiminnoista ja niiden toteutumisesta sekä potilaan vointiin liittyvät merkinnät (Häyrinen, Ensio 2007:98).

Ensimmäiset sähköisen potilaskertomuksen tietosisältömäärittelyt valmistuivat vuonna 2000. Sähköisen potilaskertomuksen rakenne määriteltiin kaksitasoiseksi ydinkertomukseksi ja perustason kertomukseksi. Ydinkertomuksella tarkoitetaan hoitokoostetta, joka sisältää potilaan henkilö- ja yhteystietojen lisäksi terveyden – ja sairaanhoitoon liittyviä merkintöjä. Perustason kertomus sisältää terveydenhuollon ammattihenkilöiden tekemät merkinnät, jotka liittyvät terveyden –ja sairaanhoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin (Häyrinen ym. 2007:99).

Kansallinen terveydenhuollon tietojärjestelmäarkkitehtuuri KanTa (www.kanta.fi) ohjaa sähköisten potilaskertomusten ja muiden vastaavien terveydenhuollon järjestelmien kehitystä ja asettaa niille minimivaatimukset mm. paikallisten perusjärjestelmien tiedon organisointiin, potilaskertomustiedon jäsentämiseen tietosisällöltään yhteneviksi asiakirjoiksi ja tietojen siirtämiseen ja hakuun valtakunnallisesta arkistosta.

Härön(2007) systemaatisessa kirjallisuuskatsauksessa kuvattiin tietotekniikan käytön vaikutuksia hoitotyön sisältöön ristiriitaisesti. Työskentelyyn tuli tavoitteellisuutta ja tietotekniikka laajensi näkemystä koko hoitoprosessista. Työn laatu kohosi tietotekniikan käytön myötä. Kirjaaminen parantui ja kehittyi. Tietotekniikan todettiin vaikuttavan hoitoon pääsyn nopeuttamiseen. Lisäksi tietotekniikka vapautti aikaa varsinaiseen hoitotyöhön. Myös kielteisiä vaikutuksia kuvattiin tutkimuksissa. Härön(2007) tuli ilmi että, tietotekniikka ei lisännyt työn joustavuutta ja laatua. Virolaisen (2006) tutkimuksessa todettiin, että elektronisen kirjaamisen myötä kirjaamiseen käytetty aika on lisääntynyt.

Elektroninen potilaskertomus perustuu vahvasti rakenteiseen tietoon, joka helpottaa tiedon käsitteilyä ja laajentaa uudelleen käytön mahdollisuuksia. Tietojen rakenteisuus toteutetaan kansallisesti määritellyillä ydintiedoilla. Elektroninen potilaskirjaus toteutuu erilaisina näkyminä, joihin tietoa kirjaataan vaihteittain otsikoita käyttämällä. Näkymien avulla voidaan monipuolisesti tuottaa moniammatillisten hoitotiimin tarvitsemaa tietoa (Saranto 2008:96).

Hoitotyön kansallinen sähköinen kirjaamismalli perustuu WHO:n päätöksenteon prosessimalliin, sähköiseen kirjaamiseen. Rakenteisen kirjaamisen perustana on FinCc (Finnish Care Classification), joka pohjautuu Virginia Saban kehittämään kirjaamismalliin (www.sabacare.com). Finn CC muodostuu Suomalaisesta hoitotyön tarveluokituksesta (SHTaL), Suomalaisesta toimintoluokituksesta (SHTol) ja Suomalaisesta hoiton tuloluokituksesta (SHTuL). Tarve- ja toimintoluokituksessa on hierarkkinen rakenne, jossa on kolme tasoa: komponentti, pääluokka ja alaluokka. Tuloluokitus on kolmiportainen: parantunut, ennallaan tai huonontunut. Luokitusten lisäksi potilaasta tulee kirjoittaa vapaata, narratiivista tekstiä, jolla potilaskertomus saadaan potilaan näköiseksi (Iivanainen ym. 2012:15).

4.2 Hoitotyön prosessi

Hoitotyön kirjaaminen toteutuu hoitotyön prosessimallin mukaisesti. Prosessimalli on hoitotyön päätöksenteon menetelmä, että ajattelutapa, jonka avulla hoitotyötä systematisoidaan. Se antaa rakenteellisen ja systemaattisen mallin hoidon toteuttamiseksi ja kirjaamiseksi. (Hovilainen-Kilpinen, Oksanen 2012:15)

Hoitotyön prosessi muodostuu potilaan hoidon tarpeesta, tavoitteista, hoitotyön toteutuksesta ja arvioinnista. Hoitotyössä kirjataan olennaisimmat potilaan hoitoon liittyvät tiedot ja päätökset potilasasiakirjaan. Hoitotyön prosessin vaiheet:

Hoidon tarve

Hoidon tarve on henkilöstön laatima kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä, jo olemassa olevista tai tulevaisuudessa mahdollisista tarpeista, joita voidaan poistaa tai lievittää hoitotyötoimintojen avulla. Hoidon tarvetta kartoitetaan keräämällä ja analysoimalla tietoja potilasta haastattelemalla ja havainnoimalla sekä mittaamalla. Tietolähteenä voidaan käyttää myös omaisia/läheisiä, aikaisempaa potilaskertomusta tai sairaankuljettajia. Potilaskertomukseen kirjataan hoidon kannalta merkittävät tiedot suomalaisen hoidon tarveluokituksen mukaisesti (Iivanainen ym. 2012:16).

Hoidon tavoitteet

Tavoitteet asetetaan suhteessa hoidon tarpeisiin ja siihen, minkälaisia muutoksia potilaan tilassa tai käyttäytymisessä odotetaan tapahtuvan ja/tai mitä potilas itse odottaa. Tavoitteet asetetaan tunnistettujen tarpeiden poistamiseksi tai vähentämiseksi tietyn ajan kuluessa. Tavoitteet eivät kuvaa hoitajan toimintaa tai toimenpiteitä, vaan tavoitteiden tulee olla potilaslähtöisiä. Potilaan hoidolle voidaan asettaa kokonaistavoite ja välitavoite/-tavoitteet (Iivanainen ym. 2012:16).

Suunnitellut toiminnot

Hoitotyön toiminnot valitaan tavoitteiden mukaan niin, että ne ovat tarkoituksenmukaisia. Valittaessa käytettäessä hoitotyön toimintoja otetaan huomioon hoitotyön periaatteet ja näyttöön perustuva tieto (tutkimus-, toiminta, ja kokemusnäyttö). Myös henkilökunnan määrä, potilaan itsehoitoisuus ja hoitovälineiden saatavuusvaikuttavat toimintojen valintaan. Hoitaja voi kokeilla luovasti uusiakin

toimintoja. Hoitotyön toimintoja ovat mm. ohjaus, tukeminen, tarkkailu, kuunteleminen, avustaminen, seuranta, jonkin hoitotoimenpiteen tekeminen jne (Iivanainen ym. 2012: 16-17)

Hoitotyön toiminnot ja toteutus

Hoitotyön toteutus tarkoittaa suunniteltujen hoitotyön toimintojen toimeenpanoa. Hoitotyön toiminnissa noudatetaan hoitotyön periaatteita, kuten omatoimisuutta, kokonaisvaltaisuutta, ammatillisuutta, turvallisuutta, yksilöllisyyttä ja jatkuvuutta. Hoitaja tekee potilaan puolesta silloin, kun potilas ei itse kykene. Tukemisella tarkoitetaan tuen antamista esim. keskusteluna, kosketuksena, kannustamisena, hymynä, äänensävyinä ja huolenpitona. Sillä pyritään tukemaan potilaan voimavaroja, jotta potilas selviytyy mahdollisimman itsenäisesti. Hoitotyön toiminnassa korostuvat tieto ja käden taitojen hallinta. Hoitotyön toiminnot ovat lääkärin määräämiä tai hoitajan omaan asiantuntemukseen perustuvia toimia, kuten nenä-mahaletkun tai kestokaterin laittaminen, suonensisäisestä nesteytyksestä huolehtiminen, verivalmisteiden antaminen, lääkkeiden jako dosettiin ja eristäminen. Hoidon toteuttaja voi olla hoitaja, potilas tai hänen omaisensa joko yksinään tai yhdessä. Hoitotyön toiminto voi olla esimerkiksi potilaan konkreettista avustamista ja tukemistapäivittäisissä toiminnoissa, jolloin korostuu potilaan omien voimavarojen tukeminen. Hoidon toteutusta ohjaavat hoidon periaatteet. Hoidon kirjaaminen tehdään joko ylä- tai alaluokan alle. (Iivanainen ym. 2012:16-17; Hovilainen-Kilpinen 2012:16-17).

Hoidon arviointi

Hoidon arviointi on prosessin viimeinen vaihe, vaikka arviointia tapahtuu koko prosessin ajan. Arviointi sisältää hoidon tulokset, hoitotyön yhteenvedon ja potilaan hoitoisuuden. *Hoidon tulosten* arvioinnissa kuvataan, miten potilaan hoidon tarpeeseen on vastattu, saavutettiin tavoitteet ja mitä muutoksia potilaan tilassa tapahtui. Lisäksi kuvataan miten potilas on kuvannut hoidon. Hoidon arvioinnissa käytetään suomalaisen hoidon tulosluokitusta (SHTul), jossa potilaan tilaa arvioidaan termeillä parantunut, ennallaan tai huonontunut. Näiden termien lisäksi käytetään vapaata tekstiä. Hoidon tuloksissa kuvataan potilaan nykytilaa, miten hoidon tarpeisiin on vastattu ja onko potilaan kaikki tarpeet huomioitu. *Hoitotyön yhteenvedo* tehdään silloin, kun hoitajakso päättyy laitoksessa tai kotona (esim. kotisairaala). Yhteenvedo on kattava arviointi potilaan sen hetkisestä tilasta, jota verrataan tulotilanteeseen. Yhteenvedossa on kirjattu auki tärkeimmät hoidon tarpeet, tavoitteet ja hoitotyön toiminnot ja hoidon tulokset. Lisäksi yhteenvedossa on kirjattu annettu hoito ja hoidossa tapahtuneet keskeiset asiat. Potilaan hoitoisuuden tarkoituksena on arvioida, kuinka paljon tarvitaan hoitohenkilökuntaa, jotta potilaan hoito voidaan toteuttaa. Iivanainen ym. 2012:18; Hovilainen-Kilpinen 2012:17).

4.2.1 Rakenteinen kirjaaminen hoitotyön prosessin mukaan

Hoitotyötä on perinteisesti kirjattu työvuoroittain ilman muunlaista jäsenystä. Nykyään kirjaamista ohjaa usein myös hoitotyön prosessin mukainen rakenne. Paperilla tarkasteltuna hoitotyön prosessi etenee hyvin rationaalisesti ja loogisesti. Näin ei kuitenkaan välttämättä tapahdu hoitotyön todellisuudessa, jossa päätöksiä tehdään koko hoitoprosessin aikana useita kertoja, muuttuvissa tilanteissa ja erilaisissa ympäristöissä, joissa monet eri tekijät vaikuttavat päätöksentekoon ja -tekijään. Pro-

sessin eri vaiheita voidaan tehdä yhtäaikaaisesti ja monet eri toiminnot tapahtuvat moniammatillisena yhteistyönä. Päätöksenteon näkymättömyys kirjaamisessa vaikeuttaa myös toiminnan evaluointia ja päätöksenteon laadun parantamista. Sähköinen kirjaaminen ja ydintietojen mukainen tekstin järjestäminen oletettavasti helpottaa tiedon hakua, siirtoa ja käyttöä päätöksenteon tukena (Hopia, Koponen 2007: 30).

Hoitotyön kansallinen sähköinen kirjaamismalli perustuu WHO:n päätöksen teon prosessimalliin, sähköiseen kirjaamiseen ja rakenteiseen kirjaamiseen. Rakenteisen kirjaamisen perustana on FinnCC (Finnish Care Classification), joka pohjautuu Virginia Saban kehittämään kirjaamismalliin. Finn CC muodostuu suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaI), Suomalaisesta hoitotyön toimintaluokituksesta (SHToI), ja Suomalaisesta hoidon tuloluokituksesta (SHTuI) (Iivanainen ym. 2012:15).

Suomalainen hoitotyön tarveluokitus (SHTaI) ja toimintoluokitus (SHToI) koostuvat molemmat samannimisestä komponentista. Jokaisella komponentilla on useampi pääluokka ja useita alaluokkia. Sähköisessä potilaskertomuksessa komponentit toimivat asiakokonaisuuden otsakkeena ja sen alla ovat pää- ja alaluokkien sekä vapaan tekstin osa (Hovilainen-Kilpinen 2012:18). Kuvio 1.

Esimerkki SHToI:n rakenteesta:

KOMPONENTTI	PÄÄLUOKKA	ALALUOKKA
Aktiviteetti	Aktiviteetin heikkeneminen	Liikeharjoitusten tekeminen

KUVIO 1.

Tarve- ja toimintoluokituksessa on hierarkkinen rakenne, jossa on kolme tasoa: **komponentti, pääluokka ja alaluokka**. Tuloluokitus on kolmiportainen: **parantunut, ennallaan tai huonontunut**. Luokitusten lisäksi potilaasta tulee kirjoittaa vapaata, narratiivista tekstiä, jolla potilaskertomus saadaan potilaan näköiseksi. Potilaan hoitoon liittyvät asiat kirjataan sähköiseen potilaskertomukseen, jonka tarkoituksena on tukea potilaan hyvää hoitoa. Säädösten mukaan potilaskertomukseen tulee merkitä potilaan hoidon suunnittelun, järjestämisen, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot ymmärrettävästi. Lisäksi potilaskertomus tulee laatia siten, että siitä saa selkeän käsityksen potilaan hoidon toteutuksesta (Iivanainen ym. 2012:15)

FinCC-luokituksen komponentit:



KUVIO 2.

5. HOITOTYÖN KIRJAAMINEN KANSAINVÄLISESTI

Hoitotyön sähköinen kirjaamismalli perustuu WHO:n päätöksenteon prosessimalliin, sähköiseen ja rakenteiseen kirjaamiseen. (Ivanainen ym. 2012)

Hoitotyön toiminnon luokituksia kehitetty 1990-luvulta lähtien. Niiden kehittäminen on käynnistynyt Yhdysvalloissa. Kansainvälisen hoitotyön käytännön luokituksen kehittäminen alkoi ICN:n kokouksessa Soulessa 1989. ICNP jakautuu kolmeen erilliseen luokitukseen: hoitotyön diagnoosien, hoitotyön toimintojen sekä hoitotyön tulosten luokituksiin. (Ensio 2001:55)

Omaha Classification System on kehitetty Yhdysvalloissa terveydenhoitajan työhön hoidon suunnitteluun ja kirjaamista varten. Luokitusta on käytetty 1975-alkaen.

Nursing intervention Classification (NIC) on hoitotyön toimintojen luokitus, joka on kehitetty Iowan yliopistossa Yhdysvalloissa. NIC on hoitotyön toimintojen kattava luettelo, tutkimuksiin perustuva, joka on koottu erikoissairaanhoidosta eri lääketieteen erikoisaloilta. Se on hyödyllinen kliinisessä dokumentoinnissa ja hoitotyön viestinnässä, vaikuttavuuden tutkimuksessa, tuottavuuden tutkimuksessa sekä opetuksen suunnittelussa. Sen tarkoituksena on antaa kansainvälisen standardin helpottamaan hoitotyön kuvausta sekä auttaa vertailemaan hoitotyötä paikallisesti, alueellisesti, kansallisesti sekä kansainvälisesti. (<http://www.nursing.uiowa.edu/cncce/nursing-interventions-classification-overview>)

Anneli Ensio tutkimuksessaan *Hoitotyön toiminnan mallintaminen* (2001) mainitsee **VIPS**-mallin, joka on kehitetty Ruotsissa ja se perustuu hoitotyön prosessimalliin. Ension VIPS:n mallin kuvaus perustuu Ehnforsin (1991) kirjoitukseen. Mallin laatiminen perustuu laajaan hoitotieteelliseen kirjallisuuskatsaukseen, hoitotyön dokumenttien tietosisältöön, kaksitasoisen avainsanalistan tuottamiseen, käytännön hoitotyön arviointiin ja asiantuntijaryhmän tuottamien lopullisten avainsanojen merkitysyhteyksien selvittämiseen.

Home Health Care Classification - HHCC on kehitetty Yhdysvalloissa professori Virginia Saban johdolla. HHCC-mittari muodostuu useista eri tasoista. Tasoille löytyy vastine hoitotyön prosessista, jota luokittelu myötäilee. HHCC-luokituksen kuvaavat potilaan terveydentilaa, toimintakykyä, selviytymistä ja käyttäytymistä (Ensio 2001: 51).

Acendio(The association of common European nursing diagnoses, interventions and outcomes) on eurooppalainen järjestö, joka perustettiin vuonna 1995 edistämään hoitotyön ammatillisen kielen kehittämistä ja luomaan verkostoja kaikkialla Euroopassa. Näin hoitajat voivat jakaa ja vertailla tietoa käytännössä ja varmistaa, että hoitotyö on näkyvää paikallisella, kansallisella ja kansainvälisellä tasolla.(www.acendio.net)

6 KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN KIRJAAMINEN

Salmelaisen (2008) väitöskirjassa ”Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa – Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö laitospuoleisessa kuntoutuksessa” tutkittiin kuntoutuksessa välittyvää ja rakentuvaa tietoa. Tutkimus osoitti, että tiedon välittämisen ja rakentumisen prosesseihin olisi kiinnitettävä huomiota kuntoutuksen suunnitteluvaiheessa ja toteutuksesta organisaatitasolla tulisi sopia ennen varsinaista kuntoutustapahtumaa.

Holman (2005) mukaan kuntouttavan työotteen toteutuminen suunnitelmallisesti ja tavoitteiden saavuttaminen edellyttävät jatkuvaa ja järjestelmällistä kirjaamista. Hoitaja kirjaa kuntoutumisen edistymisen ja arvioi kuntoutustiimin kanssa, miten kuntoutuminen on lähtenyt sujumaan ja miten tavoitteisiin on päästy. Hoitajat vastaavat asiakkaan kuntoutumisesta 24 tuntia vuorokaudessa ja mahdollistavat kuntoutumisen, esimerkiksi antamalla kipulääkettä ennen kuntoutumisharjoituksia.

Merkittävä kuntoutujaa koskevan tiedon välittymisen väylä kuntoutuksessa ovat kirjalliset dokumentit (Salmelainen 2009:33). Salmelaisen tutkimuksen mukaan kuntoutujan terveydentilasta sekä hänen fyysisestä, että psyykkisestä toimintakyvystään välittyi kirjallisista dokumenteista. (Salmelainen 2009:150)

Koska kuntouttavalla työotteella pyritään vaikuttamaan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, tulisi sen kirjaamisen näkyä kaikissa komponenteissa (Kuvio 1). Fyysisen toimintaky-

vyn osalta kirjaamisen tulisi esiintyä erityisesti AKTIVITEETTI-, PÄVITTÄISET TOIMINNOT-, AISTI-TOIMINTA- ja JATKOHOITO-komponenteissa ja niiden alaluokissa.

7. AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Kansainvälisesti laajassa kirjallisuuskatsauksessa (Crocker ym.) tutkittiin fyysisen kuntoutuksen vaikuttavuutta pitkäaikaishoidossa. Tutkimuskohteena olivat mm. päivittäiset toiminnot, lihasvoima, liikkuvuus, tasapaino, mieliala, kognitio, rasituksen kestävyys sekä kaatumisen pelko. Tutkimuksen mukaan kuntoutuksella voidaan vaikuttaa lihasvoimaan, liikkuvuuteen, tasapainoon ja mielialaan. Lisäksi tutkimuksessa todettiin, että pitkäaikaisten potilaiden kohdalla voidaan vähentää vamman aiheuttamaa toimintakykyvajetta, mutta vaikutukset näyttävät melko pieniltä.

Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kuntoutuminen- tutkimuksessa (Painilainen, Hupli, Arve) tutkittiin perusterveydenhuollon vuodeosastolla hoidettuja 65-vuotiaita tai vanhempia lonkkamurtumapotilaita. Potilaiden keski-ikä tutkimuksessa oli 84 vuotta. Lähes puolella potilaista oli muistisairaus. Tulosten mukaan ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden toimintakyky muuttui merkitsevästi ($p < 0,05$) paremmaksi itsehoidossa, sulkijalihasten hallinnassa, siirtymisissä liikkumisessa ja kommunikaatiossa, mutta ei sosiaalisissa taidoissa. Hoitojakson jälkeen 78% potilaista pystyi palaamaan takaisin kotiin kuntoutusjakson jälkeen. Kuukauden seurannassa heistä kotona oli edelleen kotona 72%. Tutkimuksen mukaan ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kuntoutus tutkituissa perusterveydenhuollon yksiköissä oli vaikuttavaa.

Kimin ja Lochartin (2010) tutkimuksessa kotona asuvien vanhusten kahdeksan viikon tasapaino ja lihasvoimaharjoittelun vaikutuksia tutkittiin kaatumisten lukumäärään. Kaatumisten lukumäärä väheni jo kahdeksan viikon jälkeen. Tutkimustulos osoittaa, että ikääntyneiden lyhyellä harjoittelujaksolla saadaan huomattavia tuloksia.

Kirjallisuuskatsauksessa (Kosse ym. 2013) arvioitiin varhaisen kuntoutuksen tehokkuutta ja toteutettavuutta geriatriassa potilailla. Varhainen kuntoutus luokiteltiin monialaiseen kuntoutukseen, fyysiseen harjoitteluun sekä tavanomaiseen hoitamiseen, joka sisälsi myös harjoittelua. Monialaiseen kuntoutukseen osallistuneet potilailla oli vähemmän todennäköistä joutua hoitokotiin verrattuna ns. tavalliseen hoitamiseen. Lisäksi monialainen kuntoutus vähensi sairaalapäiviä merkittävästi.

Aivohalvauspotilaiden koti- ja laituskuntoutuksen vaikuttavuutta (Weiss ym. 2004) tutkittiin 191 potilaalla. Tutkimustulosten mukaan koti- ja laituskuntoutuksen vaikuttavuudella ei ollut merkittävää eroa. Lisäksi laituskuntoutus oli huomattavasti kallimpaa.

Niemelän väitöskirjassa (2011) tutkittiin laituskuntoutuksen, kotikuntoutuksen ja keinutuoliharjoittelun vaikutusta iäkkäiden toimintakykyyn ja elämälaatuun. Laituskuntoutuksen todettiin kohentavan fyysistä suorituskkyä tilastollisesti merkittävästi sekä vaikuttavan myös kivun vähemiseen. Laituskuntoutusjaksolla kuntoutujat saivat yksilö- ja ryhmäterapiaa noin viisi kertaa viikossa. Ohjatut liikunta- ja toiminnalliset ryhmät kestivät noin 30 minuuttia. Lisäksi kuntoutujat saivat tarpeen mukaan

fysikaalisia hoitoja. Kuntoutuslaitoksen henkilökunta käytti toimintakykyä tukevaa työotetta työssänsä.

Olkoniemen (2008) opinnäytetyössä ”Tekee niin paljon kuin pystyy”: kuntouttava työote hoitohenkilökunnan kokemana saatujen tulosten mukaan, kuntouttava työote näkyi parhaiten asukkaiden fyysisen toimintakyvyn ja omatoimisuuden tukemisena sekä asukkaan yksilöllisyyden kunnioittamisena. Hoitajien mukaan asukkaan itsenäistä ja aktiivista kuntoutumista edistivät mm. yhteiset toimintatavat hoitotyössä.

Purhosen (2011) opinnäytetyössä ”Rakenteinen kirjaaminen kuntouttavassa hoitotyössä”, selvitettiin sairaanhoitajien kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta ja sen soveltuvuudesta kuntouttavaan hoitotyöhön. Sairaanhoitajat pitivät merkittävänä asiana potilaasta saatavaa kokonaisvaltaista kuvaa. Rakenteinen kirjaaminen toteutui tarkasti ja hoidon tavoitteet olivat selkeästi näkyvillä. Hoitajat kokivat rakenteisen kirjaamisen olevan hidasta siksi, että oikeiden komponenttien pää ja alaluokkien hakemiseen kuluu aikaa, ja osittain tietokoneesta johtuvat ongelmat hidastavat kirjaamista.

Sairaanhoitajan asennoituminen iäkkääseen kuntoutuspotilaaseen ja kuntoutumista edistävään hoitotyöhön (Routasalo 2001) tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa, miten akuutissa hoitotyössä työskentelevät sairaanhoitajat asennoituvat iäkkäisiin kuntoutuspotilaisiin sekä kuntoutumista edistävään hoitotyöhön. Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeella yliopistollisen sairaalan operatiivisen ja konservatiivisen hoidon osastojen sairaanhoitajilta. Tuloksissa selvisi, että sairaanhoitajat asennoituvat myönteisesti iäkkääseen kuntoutuspotilaaseen. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että kuntoutumista edistävä hoitotyö ja potilaan hoitaminen ovat sama asia ja, että sairaanhoitajien toiminta on aina luonteeltaan potilaan kuntoutumista edistävää. Tässä tutkimuksessa hoitaminen miellettiin fysioterapiaa avustavaksi toiminnaksi. Vähän yli puolessa (58%) vastauksissa fysioterapia miellettiin selkeästi potilaan kuntoutumista täydentäväksi toiminnaksi (87%). Potilaan kuntoutumista edistävän hoitotyön tehtävänä vastaajien mukaan on potilaan liikuntakyvyn ylläpitäminen (79%). Sairaanhoitajista suurimman osan mielestä iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö vaatii tietoa ja kokemusta sekä antaa erinomaisen mahdollisuuden käyttää ammatillisia taitoja. Sairaanhoitajista noin puolen mukaan kuntoutumista edistävä hoitotyö koettelee kärsivällisyyttä, mutta lähes kaikki olivat sitä mieltä, että työ on palkitsevaa.

Opinnäytetyössä ”Henkilökunnan käsitys kuntouttavasta työotteesta” (Kurvinen, Paukkunen, Paukkunen 2012) kuvattiin henkilökunnan käsityksiä kuntouttavasta työotteesta ja sen toteutumisesta. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella. Tutkimustulosten mukaan henkilökunta määrittelee hyvin kuntouttavan työotteen, mutta sen toteuttaminen oli puutteellista.

Turjamaan (2007) tutkimuksessa selvitettiin hoitohenkilöstön näkemysten kuntouttavan hoitotyön toteutuksesta kotihoidossa. Tutkimukseen osallistunut hoitohenkilöstö kuvasi kuntouttavan hoitotyön toteuttamisen ikääntyvien kotihoidossa muodostuvan ikääntyvän toimintakyvyn ylläpitämisestä ja tukemisesta, hoitajan ammattitaitoisesta työskentelystä, työyhteisön ja organisaation toimivuudesta sekä yhteistyöverkoston ylläpitämisestä. Kuntouttavan hoitotyön edistäviksi tekijöiksi kuvattiin

hoitajan ammattitaitoinen toiminta, työyhteisön, ikääntyvän ja omaisten myönteinen asenne kuntouttavaa hoitotyötä kohtaan sekä työnantajan linjaukset kotihoidon toteuttamisesta. Kuntouttavaa hoitotyötä estäviksi tekijöiksi hoitohenkilökunta kuvasi hoitajan puutteelliset tiedot kuntouttavan hoitotyön toteuttamisesta, organisaation osallistumattomuuden kuntouttavaan hoitotyön mahdollistamiseen sekä ikääntyvän ja heidän omaistensa kielteisen asenteen kuntouttavaa hoitotyötä kohtaan.

Salmelaisen (2008) väitöskirjassa ”Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa – Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö laitostuotoisessa kuntoutuksessa” tutkittiin kuntoutuksessa välittyvää ja rakentuvaa tietoa. Tutkimus osoitti, että tiedon välittämisen ja rakentumisen prosesseihin olisi kiinnitettävä huomiota kuntoutuksen suunnitteluvaiheessa ja toteutuksesta organisaatitasolla tulisi sopia ennen varsinaista kuntoutustapahtumaa.

Arviointitutkimuksessa (Nykänen, Viitanen, Kuusisto 2010) Hoitotyön kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyydestä tutkimus osoitti ongelmia kirjaamismallissa, tietojen moniammatillisessa hyödyntämisessä että hoitokertomuksissa. Tässä hoitotyön kansallisen kirjaamismallin tutkimuksessa nousi esiin kirjaamismallin ja hoitokertomuksen kehittämistyössä erilaiset toimintaympäristöt ja niiden ominaispiirteet.

Arviointitutkimuksessa (Sokolov ja Liao 2012) tutkittiin sähköisen potilaskertomuksen vaikutusta hoitotyön prosessiin. Tulosten mukaan vuorovaikutus, potilastietojärjestelmien toimivuus ja käytettävyys vaikuttivat sairaanhoitajien tyytyväisyyteen ja tehokkuuteen työssään.

8. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoitus on analysoida, miten kuntouttava työote näkyy hoitotyön kirjaamisessa kuntoutusosastolla ja muistiosastolla. Tavoitteena on selvittää, miten kuntouttava työote toteutuu hoitotyön kirjaamisessa.

Tutkimustehtävät ovat:

Miten kuntouttava työote toteutuu sekä fysioterapeuttien että hoitajien kirjaamisessa?

Miten kuntouttava työote esiintyy hoitotyön kirjaamisen suunnittelu- toteutus ja arviointivaiheessa?

9. TUTKIMUSPROSESSIN KUVAUS

9.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyöni on arviointitutkimustyyppinen, jossa käytetään sisällönanalyysiä menetelmänä.

Teoreettinen viitekehys määrittää sen, millainen aineisto kannattaa kerätä ja millaista menetelmää analyysissä käyttää. Tai päinvastoin aineiston luonne asettaa rajat sille, millainen tutkimuksen teoreettinen viitekehys voi olla ja millaisia metodeja voi käyttää. Teoreettisen viitekehyksen ja sen

kanssa sopusoinnussa olevan metodin valitseminen on siis tärkeä, kauaskantoinen ratkaisu(Alasuu-
tari 2011:83).

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Sisällön analyysiä voidaan pitää paitsi yksittäisenä metodina myös väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Sen avulla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta. Voidaan myös sanoa, että useimmat eri nimillä kulkevat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat periaatteessa tavalla tai toisella sisällön analyysiin, jos sisällönanalyysillä tarkoitetaan kirjoitettujen, kuultujen tai nähtyjen sisältöjen analyysiä väljänä teoreettisena kehyksenä. (Tuomi- Sarajärvi 2009:91)

Sisällönanalyysia voidaan jatkaa luokittelun tai kategorioiden muodostamisen jälkeen kvantifioimalla aineisto. Tällöin aineistosta lasketaan, kuinka monta kertaa sama asia esiintyy esimerkiksi haastattelijoiden kuvauksissa tai kuinka moni tutkittava ilmaisee saman asian. (Tuomi- Sarajärvi 2009:120)

Arvioinnissa on kyse arvon määrittelystä. Arviointi voidaan jakaa arviointikäytäntöihin ja arviointitutkimukseen. Arviointitutkimus on systemaattista tutkimuksen menettelytapojen soveltamista arvioitaessa erilaisten toimenpiteiden tai päätösten toteuttamista, vaikutuksia ja hyödyllisyyttä.

Arviointitutkimuksessa voidaan käyttää ja soveltaa erilaisia sosiaalityön tutkimusmenetelmiä, esimerkiksi havainnointia, haastatteluja ja erilaisia kirjallisia materiaaleja, jotka yhdistetään arviointituloksen saamiseksi. Sosiaalityössä arviointitutkimus liittyy yleensä jonkin palvelun, ohjelman, intervention tai projektin organisointiin, ominaisuuksiin ja toiminnan tuloksellisuuteen. Arviointi ja arviointitutkimus on viime vuosikymmenen aikana tullut osaksi julkista hallintoa. Sen avulla voidaan tukea julkisuusperiaatetta ja tietoon perustuvaa yhteiskuntaa. Kehittämiseen liittyvät vaatimukset ovat viime vuosina kasvaneet sosiaalialalla ja siten arviointi on tullut välttämättömäksi kehittämistyötä tekeville, mutta myös sen rahoittajille. Tulosoheijauksen yleistyttyä arviointitutkimus on hiljalleen noussut yhdeksi tämän hetken keskeisimmäksi teemaksi. Päätösten vaikutuksista halutaan saada tietoa perusteluksi toiminnan tarpeellisuudesta ja oikeutuksesta. Arviointi merkitsee jonkin kohteen arvon, merkityksen tai ansion määrittämistä. Olennaista on, että arvioinnin kohdetta tarkastellaan suhteessa tiettyyn arviointiperusteeseen tai kriteeriin, joiden asettaminen voi olla vaikeaa muun muassa siitä syystä, että toiminnan tavoitteet voivat olla epäselviä, niitä voi olla useita ja ne voivat muuttua. Evaluaatiotutkimuksen voidaan katsoa olevan soveltavaa sosiaalialan tutkimusta, joka perustuu systemaattiseen aineiston hankintaan, johdonmukaiseen analyysiin ja todennettaviin johtopäätöksiin. Jo suunnitteluvaiheessa arvioinnin tilaajalle ja tekijälle ensiarvoisen tärkeitä kysymyksiä ovat: Miksi arviointi tehdään? Kenelle arviointia tehdään? Kuka arviointia käyttää ja mihin tarkoitukseen? Mitä arvioinnilta odotetaan?(www.sosiaaliportti.fi)

Arviointitutkimuksen perimmäinen päämäärä on tuottaa kunnollisia ja kriittisen tarkastelun kestäviä vaikuttavuusarviota yhteiskunnallisesti merkittävistä uudistushankkeista. Edelleen haasteita liittyy muun muassa siihen, miten päätöksentekijät ja valmistelukoneisto pystyvät hyödyntämään tutkimus-

tuloksia. Hyväkään arviointitutkimus ei palvele päätöksentekoa, jos tulokset eivät välity tutkimusyhteisöstä eteenpäin (Ilmakunnas, Junka, Uusitalo 2008: 9).

9.2. Tutkimuskohde ja aineiston hankinta

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Riihimäen terveyskeskuksen kuntayhtymän kanssa. Tutkimuskohteena olivat kaksi terveyskeskuksen osastoa: kuntoutusosasto ja muistiosasto.

Osastojen hoidon tavoitteena on antaa potilaille yksilöllistä, tavoitteellista ja kuntoutumista edistävää hoitoa. Hoidon suunnittelu perustuu moniammatillisen työryhmän arviointiin. Työskentelyssä painotetaan kuntouttavaa hoitotyötä. (www.riihimaenseudunterveyskeskus.fi)

Tutkimus toteutettiin analysoimalla kuntoutus- ja muistiosaston lyhytaikaisista potilaista kirjoitettua sähköistä hoitotyön kirjaamista. Riihimäen terveyskeskuksen kuntayhtymässä on käytössä Effic 4.1 potilastietojärjestelmä ja sen sisältämä WHOIKE-hoitokertomussivusto, joka mahdollistaa rakenteisen kirjaamisen.

Tutkimusaineisto kerättiin tulostamalla viikon ajalta potilaskertomukset osastojen lyhytaikaisista potilaista. Yhteensä potilaita oli 28. Kuntoutusosaston potilaita oli 18 muistiosaston potilaita 10. Potilaskertomukset tulosti osaston sihteeri ja kaikista potilaskertomuksista oli poistettu potilaiden henkilötiedot, ennen kuin sain ne itselleni käyttöön opinnäytetyötä varten.

9.2.1 Aineiston käsittely ja analysointi

Aineisto käsiteltiin sisällönanalyysillä. Aluksi luin potilaskertomukset useaan kertaan läpi. Potilaskertomuksista etsin *suunnittelun* ja *toteutuksen* luokista termit, jotka liittyivät mielestäni omatoimisuuden tukemiseen, toiminta- ja liikkumiskyvyn edistämiseen, kannustamiseen, ohjaamiseen, kuntoutumiseen eli etsin tekstiä, joka liittyy ”kuntouttavaan työotteeseen”. Seuraavassa vaiheessa ryhmitelin eli klusteroin termit, jonka jälkeen kävin läpi ne komponentit/alaluokat joita hoitohenkilökunta ja fysioterapeutit olivat käyttäneet kaikissa kirjaamisissa.

Seuraavaksi kävin läpi, minkä luokkien alle kuntouttavan työotteen kirjaamista oli tehty. Lopuksi laskin miten usein *arvioinnin* komponentteja oli käytetty eli miten usein arviointia oli kirjattu.

10. TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksessa selvitettiin, miten kuntouttava työote esiintyy hoitotyön kirjaamisessa.

Päivittäisen hoitotyön kirjaamisen ja tutkimuskohteen vaiheet ovat: ***suunnittelu > toteutus > arviointi***.

Tutkimuksen tulokset esitetään ala- ja yläkategorioiden sekä pelkistettyjen ilmaisujen avulla. Kuntouttava hoitotyö kuvataan osastojen potilasasiakirjoista saadun materiaalin mukaan. Hoitajien teksti analysoitiin Effic 4.1:n WHOIKE:n *suunnittelu- ja toteutuskomponenteista*.

Hoitotyön kirjaamisen *suunnittelu*-komponentissa ei voitu tulostamisen vaiheessa erotella oliko suunnittelun kirjoittanut hoitaja vai fysioterapeutti. Tutkimustulosten analyysissä hoitotyön *suunnittelun* osalta ei siis erotella hoitohenkilökuntaa ja fysioterapeutteja. Hoitotyön kirjaamisen *toteutus*-komponentissa pystyi erottamaan oliko kirjaamisen suorittanut hoitaja vai fysioterapeutti. Hoitotyön *toteuksen* osalta erotetaan hoitajat ja fysioterapeutit.

Hoitotyön suunnittelu:

Tekstin analyysissä etsittiin ensin pelkistetyt ilmaisut, jotka liittyivät kuntoutukseen tai kuntouttavaan työoteeseen. Hoitotyön *suunnittelun* osalta ns. kuntouttavan työotteen termistöä esiintyi yllättävän vähän. Taulukko 1. (Suunnitteluvaiheen kuntouttavan työoteeseen liittyvät pelkistetyt ilmaisut. LIITE 1.

"Pyörätuolimobilisaatio"
"p-tuoliin siirtyminen"
"p-tuoliin avustaminen ruokailujen ajaksi"
"asentohoito"

TAULUKKO 1.

Pelkistetty	Alakategoria	Yläkategoria
<i>"kävelyn harjoittaminen Fordil-la"</i>	Liikkumisen tukeminen(kävely, siirtyminen)	Fyysinen toimintakyky
<i>"avustetaan päivittäin pyörätuoliin"</i>		
<i>"rollaattorin avulla liikkuvaksi"</i>		
<i>"kannustetaan liikkeelle"</i>		

Hoitotyön toteutus:

Toteutus-komponenteista pystyi erottelemaan sekä fysioterapeuttien että hoitohenkilökunnan kirjaamiset.

Hoitohenkilökunnan kirjaamisessa painottui peseytyminen ja päivittäiset toiminnot:

"pesi itse kasvonsa"
"hoitajan avustamana aamupesuja tehnyt"
"hoitajan avustamana aamutoimet"
"aamupesut portatiivilla ohjattuna"

Fysioterapeuttien kirjaamisessa toteutuksen osalta painottui selkeästi fyysisen toimintakyvyn harjoittaminen:

”kuntosaliharjoitus”

”keskivartalon hallinta ja voimaharjoitteita”

”harjoitteli alaraajaan varaamista”

”portaille astumista harjoiteltu”

”vuoteessa aktiiviset ja mobilisoivat liikkeet”.

Fysioterapeuttien kuntouttavan työoteessa painottui **fyysinen toimintakyky**. Taulukko 2. Liite 2.

TAULUKKO 2.

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
<i>seisten teki harjoitteita</i>	Fyysinen harjoittelu(kävely, siirtyminen, lihasvoimaharjoittelu)	Fyysinen toimintakyky
<i>kävelyharjoitus</i>		
<i>vuoteessa aktiiviset ja mobilisoivat liikkeet</i>		
<i>portaille astumista harjoiteltu</i>		
<i>uuden p-tuolin sovitus</i>	Apuvälineiden järjestäminen ja sovitus	Apuvälineet
<i>toimintaterapeutille viestiä käsialasta</i>		

Hoitajien kirjaamisen *toteutuksessa* painoutuivat **päivittäisistä toiminnoista** peseytyminen ja aamutoimet. Jonkin verran painoittui **fyysinen toimintakyky**. Katso Taulukko 3. Liite 2.

TAULUKKO 3. Hoitajat toteutus

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
<i>pesi itse kasvonsa</i>	Peseytyminen ja aamutoimet	Päivittäiset toiminnot
<i>aamupesut portatiivilla ohjattuna</i>		
<i>osallistuu voimiensa mukaan aamutoimiin</i>		
<i>kävelytys</i>	Liikkumisessa ja siirtymisessä avustaminen	Fyysinen toimintakyky
<i>pyörätuoliin avustettu istumaan</i>		
<i>kääntyi lavetilla ohjattuna</i>		

Kuntouttavaa työtettä kirjoitettiin AKTIVITEETTI-, PÄIVITTÄISET TOIMINNOT, SELVIYTYMINEN-, sekä AISTITOIMINNAN alle.

Hoitotyön arviointi:

Arviointikomponenttia käytettiin yhteensä 11 potilaan kohdalla 30 kertaa viikon aikana. Arviointia kirjoitettiin AKTIVITEETTI-, PÄIVITTÄISET TOIMINNOT, SELVIITYMINEN- sekä AISTITOIMINTA- ja RAVITSEMUS- komponenttien alle. Fysioterapeutit kirjasivat AKTIVITEETTI-komponentin alle. Hoitajat kirjasivat PÄIVITTÄISET TOIMINNOT- SELVIITYMINEN- , AISTITOIMINTA- sekä RAVITSEMUS-komponenttien alle. Arviointia kirjoitettiin *suunnitelman* mukaan kaikissa kohdissa. Tutkimustulosten mukaan arviointia ei kirjoitettu viikon aikana 17 potilaan kohdalla ollenkaan.

Seuraavana esitän yhden esimerkin fysioterapeutin ja hoitajan samaa potilasta koskevasta kirjaamisesta AKTIVITEETTI-komponenttia käyttäen.

Fysioterapeutin kirjaaminen potilaan *x* kohdalla:

Suunnittelu	Toteutus	Arviointi
AKTIVITEETTI, Aktiviteetin heikkeneminen	AKTIVITEETTI, Liikeharjoitusten toteuttaminen	POTILAAN tila parantunut,
"Oikeassa lonkassa murtuma, operoitu, hipaisuvaraus. Yhden avustamana päivittäisistä toimista ja liikkumisesta selviäminen. P-tuoliin istumaan ruokailujen yhteydessä. Fysioterapiaa lihasvoimien ja liikkumisen parantumiseksi"	" <i>Seisomaan nousua, seisten tehtäviä harjoitteita teki yhden avustamana fordiin tukeutuen. Ponnistaminen onnistuu hyvin terveellä jalalla</i> "	"Pääsee lähes itsenäisesti tuolin reunalta fordia vasten seisomaan, kun avustaja pitää apuvälineet paikoillaan. Hallitsee hipaisuvarauksen"

Hoitajan kirjaaminen potilaan *x* kohdalla:

Suunnittelu	Toteutus
AKTIVITEETTI, Aktiviteetin heikkeneminen	AKTIVITEETTI, Toiminallinen kuntoutus
"Oikeassa lonkassa murtuma, operoitu, hipaisuvaraus. Yhden avustamana päivittäisistä toimista ja liikkumisesta selviäminen. P-tuoliin istumaan ruokailujen yhteydessä. Fysioterapiaa lihasvoimien ja liikkumisen"	" <i>Avustettu portatiiville kahden hoitajan auttamana, autettu aamupesuisissa, vatsa toiminut hyvin, jäi istumaan p-tuoliin.</i> "

Molemmat esimerkit kirjoitettiin saman vuoron aikana. Tässä esimerkissä fysioterapeutti oli kirjannut arviointi-komponentin alle. Sekä hoitajat ja fysioterapeutit käyttivät arviointi-komponenttia yhtä paljon hoitotyön kirjaamisessa.

11. POHDINTA

11.1 Tutkimuksen luotettavuus

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa halusin, että työstäni olisi jatkossa hyötyä osastoille joita tutkin, sekä itselleni. Hoitotyön kirjaamisen otos oli melko suuri –potilaita yhteensä 28 ja tekstiä yhteensä viikon ajalta. Hoitotyön kirjaamiset kävin useaan kertaan läpi ensin lukien. Tämän jälkeen allaviivasin ja ympyröin sieltä kaikki ns. ”tekemiseen” liittyvät ilmaisut. Käytin tekstien selailuun ja käsittelyyn useita päiviä.

Tutkimusta tehtäessä pyritään aina välttämään virheiden syntymistä, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat, ja niitä on pyrittävä jokaisessa tutkimuksessa arvioimaan tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia (Hirsjärvi ym. 2009, 226).

Luotettavuuden kannalta herää tietenkin kysymys, olisiko tutkimus vieläkin luotettavampi, jos tekstit olisi käynyt läpi toinenkin henkilö. Hoitotyön kirjaamisen dokumentteja kävin ohjaavan opettajani kanssa läpi myös.

Koska tutkin hoitotyön kirjaamista, on tutkimus mielestäni tutkimuskysymysten ja menetelmän kannalta validi. Paras tapa tutkia hoitotyön tekstiä on tulostaa itse teksti ja analysoida sitä.

Tutkimuksen validiteetin osalta myös tutkijana tunnen hyvin tutkittavan ilmiön oman ammattini kautta. Toisin sanoen tiesin, mitä minun pitää hoitotyön teksteistä hakea ja analysoida.

11.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Iän, fyysisen aktiivisuuden vähenemisen ja eri sairauksien seurauksena lihasvoima saattaa lopulta pudota tasolle, joka ei enää riitä päivittäisiin rutiineihinkaan. Esimerkiksi sairaalahoidossa lihasvoima saattaa vuodelevossa vähentyä jopa 5% päivässä. Mikäli alaraajojen lihasvoima on jo lähellä liikkumiseen tarvittavaa minimiarvoa, henkilöllä on merkittävä riski alkaa kärsiä toiminnanvajauksista lihasheikkoudesta johtuen (Rantanen, Sakari-Rantala 2003:108).

Kuntouttavan hoitotyön määritelmä on melko abstrakti. Kuitenkin se liittyy potilaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämiseen ja parantamiseen. Potilasasiakirjoista kävi ilmi, että lähes kaikki kuntouttava työote liittyi hoitohenkilökunnalla potilaan peseytymisessä avustamiseen ja aamutoimiin. Fysioterapeuteilla kuntouttava työote oli fysioterapiaa.

Tutkiessani hoitotyön kirjaamista nimenomaan kuntoutuksen ja kuntouttavan työotteen näkökulmasta, en vakuuttunut, että kuntouttava työote olisi osastojen toimintafilosofiana. Myöskään moniammatillinen yhteistyö ei korostunut kirjaamisessa, koska kirjaamisesta sai sen käsityksen, että hoitajat hoitivat ja fysioterapeutit kuntoutuivat. Viikon aikana yhdenkään potilaan luona ei käynyt myöskään

toimintaterapeutti tai puheterapeutti. Tutkimustulokset ovat yhteneväisiä Rusin (1997) kanssa. Hänen mukaansa hoitotyön kehittämishaasteiksi nousivat kuntouttavan hoidon käsitteen ja sisällön selkiyttäminen, hoitotyön systemaattisen suunnittelun ja dokumentoinnin kehittäminen sekä moniammatillisen yhteistyön käynnistäminen.

Potilaan kuntoutumisen tukeminen ja siihen liittyvä moniammatillisuus ei ole sitä, että jokaisen ammattiryhmän edustaja suorittaa vain oman osuutensa, tietämättä mitä muut tekevät. Työssä pitäisi näkyä moniammatillinen yhteistyö, jossa kaikilla on sama tavoite eli potilaan kuntoutuminen. Toisinaan yhteistyö voi aiheuttaa erimielisyyttäkin muiden ammattiryhmien edustajien sekä itse potilaan kanssa. Näin ollen sekä työssä että dokumentoinnissa tulisi näkyä saumaton yhteistyö. Itse näen, että se mikä on tehty, niin on myös kirjattu. En usko, että vaikeasti avustettavan neurologisen potilaan kohdalla jätettäisiin kirjaamatta esim. potilaan avustaminen vuoteesta pyörätuoliin vaan oman kokemukseni mukaan niin sanotut vaikeat ja kuormittavat työtilanteet kirjataan aina.

Hahon (2009) mukaan hallitussa hoitotietojen kirjaamisessa toteutuu sekä asiakkaan tai potilaan että sairaanhoitajan oikeusturva. Asiakkaalla tai potilaalla on oikeus hyvään kohteluun ja hoitoon myös kirjaamisessa ja siinä toteutuu myös sairaanhoitajan oikeus dokumentoida tekemisensä ja osoittaa osaamisensa.

Hurskaisen, Huuskon ja Ylisen (2006: 61) mukaan erikoissairaanhoidon kohdistuvien säästövelvoitteiden ja tehostamispyrkimysten myötä hoitojaksot ovat vuosi vuodelta lyhentyneet. Tämä merkitsee sitä, että potilaat siirretään mahdollisimman pian jatkohoitoon terveyskeskusosastolle. Niissä kuntoutuksen resurssointi on vaihtelevaa. Toiminnan muuttumista yhä vaativammaksi erikoissairaanhoidon välittöminä jatkohoitopaikkoina ei ole myöskään aina huomioitu riittävästi. Siten henkilöstöresurssit kuluvat usein perushoitoon, eivätkä riitä kuntoutuksen toteuttamiseen. Potilaat, joilla on harvinaisempi sairaus, ovat kuntoutuksen kannalta haasteellisia jo erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollossa, jossa heidän kuntoutuksestaan ei ole kokemusta, muodostuu myös tietotaitoon liittyviä ongelmia.

Mäntysen (2007) väitöskirjan mukaan taas terveyskeskuksissa toteutui hoitajien ja terapeuttien välinen yhteistyö. Tekstejä lukiessa kiinnitin huomiota aivotapahtuman vuoksi kuntoutukseen tulleiden kuntoutuksen toteutumiseen. Neurologisen potilaan kohdalla pitäisi olla "toimintaa" koko ajan ja hoitohenkilökunnan ja terapeuttien välinen yhteistyö pitäisi olla toimiva. Mäntysen (2007) mukaan myöskin terveyskeskuksissa aivohalvauspotilaiden kuntoutumisen alkuvaiheessa yhteistä näkemystä oli vaikeampi luoda käytettävissä olevien resurssien, toiminnan laaja-alaisuuden ja yhteisen säännöllisesti kokoontuvan keskustelufoorumin puuttumisen vuoksi kuin esim. kuntoutuskeskuksissa.

Henkilökunnan koulutustarve nousi esille tutkimuksissa kuntouttavan työteen osalta (Kukkonen 2007, Kelhä 2006, Mäntynen 2007). Hoitotyön kirjaamiseen liittyvissä tutkimuksissa tuli esille mm. että koulutuksen tulisi lähteä henkilökunnan koulutustarpeista (Ikonen 2007) sekä täydennyskoulutuksen järjestäminen. (Härö 2007, Virolainen 2006)

Kun potilas tarvitsee paljon tukea fyysisen toimintakyvyn harjoittamiseksi ja kirjaamisesta tulee selvästi esille, että fysioterapeutit toteuttavat ”liikuttamisen” ja hoitohenkilökuntaa ”hoitaa” potilasta, tulee väistämättä mieleen, että henkilökunta ei osaa tai on epävarma esim. aivohalvauspotilaan kuntoutumisen tukemisessa. Esimerkiksi potilaan siirtymisen avustaminen vaikkapa vuoteesta tuoliin vaatii paljon toistoa ja harjoittelua. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä 2005:26 todettiin, että ”potilaan liikkumisen avustus- ja siirtomenetelmien opetusmäärät vaihtelevat erittäin paljon oppilaitoksesta toiseen kaikkien tutkittujen tutkintonimikkeiden osalta. Suurimmalla osalla opetusta on vähän. Lähihoitajaopiskelijat saavat enemmän potilaan liikkumisen avustamiseen liittyvää opetusta kuin sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijat, ja lähihoitajaopiskelijoilla opetus on myös käytännönläheisempää kuin sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoilla. Motoristen taitojen oppiminen vaatii toistuvaa, pitkällä aikavälillä tapahtuvaa harjoittelua, mikä ei toteudu tällä hetkellä suurimmassa osassa oppilaitoksia. Merkittävä osa opettajista opettaa vanhanaikaisia ja raskaita tapoja potilaan liikkumisen avustamisessa”.

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008) kiinnitetään huomiota hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja ehkäisevään toimintaan. Siinä mm. sanotaan että ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden koheneminen tukee itsenäistä suoriutumista, kotona asumista ja mahdollisuuksia toimia aktiivisena yhteisön ja yhteiskunnan jäsenenä. Laatusuosituksessa myös ohjataan ottamaan käyttöön kaikkiin ikääntyneiden palveluihin toimintakykyä ja kuntoutumista edistävä työtapo ja sen lisäksi hyödynnetään kohdennetusti varsinaisia kuntoutusmahdollisuuksia.

Sähköisen potilaskertomuksen tuottamaa tietoa hyödynnetään vähän johtamisessa, vaikka jalostettua tietoa voitaisiin käyttää työ- ja toimintayksiköiden toiminnan sekä kansallisen terveystalouden ja koulutuksen suunnittelussa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tuloksellisuuden, työn vaikuttavuuden ja työhyvinvoinnin lähtökohtana on työntekijän osaamisen jatkuva kehittyminen. Koska työelämän toimintaympäristöt ovat monimuotoistuneet, osaamisen päivittäminen ja jatkuva ammatillinen kehittyminen ovat muutostilanteissa yhä tärkeämpiä. Suunnitelmallinen ja pitkäjänteinen täydennyskoulutus perustuu ajatukseen elinikäisestä oppimisesta. Täydennyskoulutuksen tulee perustua toimintayksikön perustehtävään ja kehittämisstrategiaan sekä yksilön osaamiskartoituksiin. Hoitotyön vetovoimaisuus edellyttää täydennyskoulutukseen joustavia järjestelyjä, joissa koulutus ja työ vuorottelevat. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) on säännöt täydennyskoulutuksesta (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön).

Johtamisosaamisen vaatimukset ja taso perusterveydenhuollon hoitotyön johtajilla tutkimuksessa (Sinkkonen ja Taskinen 2002) selvisi, että suurin tietojen ja johtamiskoulutuksen ja käytäntöjen kehittämistarve oli mm. hoidon standardien määrittäminen, laadun varmistus, terveystalouden muotoutuminen, tietohallinto sekä tutkimukseen ja näyttöön perustuvien hoitokäytäntöjen johtamiseen liittyvät tehtävät. Samassa tutkimuksessa kymmenen vähiten tärkeimmän johtamisen osaamisenalueen joukkoon kuuluivat mm. manuaalisten tietojärjestelmien hallinta hoitotyössä, päivittäinen seuranta hoitotyössä sekä toimenkuvien ja töiden analyysit.

Mielestäni tärkeää työn kehittämisessä olisi toimenkuvien ja töiden analyysi. Mitä työvuoron aikana tapahtuu? Mikä on hoitajan tai fysioterapeutin toimenkuva osastolla? Voisiko hoitotyön kirjaamista hyödyntää toimenkuvaa ja työtä analysoitaessa? Tehdäänkö osastolla kuntouttavaa hoitotyötä.

Ennaltaehkäisyyn ja kuntoutuksen keinoja kehitettäessä parhaat tulokset voidaan todennäköisesti saavuttaa interventioilla, jotka keskittyvät useampaan kuin yhteen tekijään. Terveystieteiden ja kuntoutuksessa tulee kiinnittää erityistä huomiota iäkkäisiin henkilöihin, jotka joutuvat terveydentilansa takia vuodelepoon tai sairaalahoitoon lyhyeksikin ajaksi. Heidän liikkumiskykynsä heikkenemistä tulee ehkäistä systemaattisella liikuntaharjoittelulla heti akuutin sairastamisvaiheen jälkeen (Sakari 2013:5).

Ikäihmisten hoitoon ja palveluun osallistuvien on määriteltävä, mitä kuntouttava työote omassa työyksikössä tarkoittaa ja mitkä sen toteuttamistavat ovat. Määrittelyä voi auttaa asian kääntäminen toisin päin, eli pohditaan, mitä kuntouttava työote ei ainakaan ole. Kuntouttavan työotteen konkretisointia auttaa myös se, että pohditaan yhdessä, miten kuntouttava työote näkyy tai miten sen pitäisi näkyä ikääntyneen arjessa (Holma 2002:46).

Tutkiessani hoitotyön kirjaamista, tekstistä nousi esiin asioita, joita voisi esimerkiksi käyttää esimerkkinä hoitotyön ja kirjaamisen kehittämisessä. Erään potilaan kohdalla, jolle oli asetettu hoidon tavoitteeksi kivuttoman olon turvaaminen, ei oltu kokonaisen viikon aikana arvioitu kivun voimakkuutta millään tavalla. Toinen asia mihin kiinnitin huomiota, oli erään lonkkaleikatun potilaan kuntouttaminen. Potilaalle oli tehty uusintaleikkaus lonkkaan ja hänen tilanteensa oli tekstien mukaan ilmeisen vaikea mm. potilas siirrettiin nosturilla. Tekstissä hoitaja totesi potilaan olleen istumassa ruokailun ajan vain vähän aikaa – tuo vähäinen aika oli kolme tuntia.

Neurologisten potilaiden kohdalla päävastuu kuntoutumisesta oli fysioterapeuteilla. Erään potilaan kohdalla selvästi todettiin spastisuuden lisääntyvän, mutta silti tämä ei näkynyt juurikaan toiminnassa.

Kauhasen (2008) mukaan kuntoutukseen perehtyneessä yksikössä hoidetut potilaat kuntoutuvat nopeammin ja paremmin kuin ns. tavallisilla osastoilla hoidetut potilaat. Aivoverenkiertohäiriöstä toipuminen on nopeinta kolmen ensimmäisen kuukauden aikana, jolloin myös aktiivinen kuntoutus tuottaa parhaan tuloksen. Moniammatillinen kuntoutus ja kannustava, virikkeellinen ja aktivoiva ympäristö edistävät parhaiten potilaiden kuntoutumista. Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksen vaikuttavuudesta on vakuuttavaa näyttöä. Tästä huolimatta kuntoutuksen toteutus vaihtelee maassamme ja on jossain määrin sattumanvaraista. Potilaat siirtyvät hyvin varhain sairastumisen jälkeen neurologisesta yksiköstä terveyskeskukseen, jossa useimmiten ei ole mahdollisuutta moniammatilliseen kuntoutukseen. Aivoverenkiertohäiriöiden hoitoon ja kuntoutukseen erikoistuneessa yksikössä toteutetun moniammatillisen hoidon ja kuntoutuksen myönteiset vaikutukset näkyvät lyhyempänä hoitoaikana, pitkäaikaisen laitoshoidon tarpeen vähenemisenä, kuolleisuuden vähenemisenä sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun paranemisena. Kuntoutuksen kustannusvaikuttavuus on sitä parem-

paa, mitä varhaisemmin kuntoutus aloitetaan, mutta vielä kahdeksan kuukauden jälkeenkin aloitettu kuntoutus näyttäisi olevan kustannusvaikuttavaa

Viriketoiminnan järjestäminen ei näkynyt osastojen toiminnassa viikon aikana. Yhden potilaan kohdalla oli mainittu ”pikkuleipien leipominen”. Muistiosaston potilailla oli tekstien mukaan selvästi levottomuutta. Voisiko viriketoiminnan järjestämisestä olla hyötyä levottomuuteen ja toisaalta myös potilaan toimintakyvyn arvioimiseen?

Kuntouttava työote on ollut Suomessa käytössä jo pitkään. Kuitenkin tutkimuksissa tuli esille, että henkilökunta tarvitsee lisäkoulutusta kuntouttavan työotteen sisällön selkiyttämiseen. Mielestäni meillä on edelleen vallitsevana käsitys, jonka mukaan kuntoutuksen henkilökunta opettaa hoitajia kuntouttavaan työotteeseen. Jos fysioterapeutit kouluttavat osastolla hoitohenkilökunnalle potilas siirtymisten tekniikoita, ei kyse ole vielä kuntouttavasta työotteesta. Kuntouttava työote pitäisi kulkea punaisena lankana kaikessa hoidossa ja se kuuluisi näkyä myös hoitotyön dokumentoinnissa. Joissakin perusterveydenhuollon yksiköissä on ajettu mallia, jossa osastoilla työskentelevät fysioterapeutit ovat sijoitettu kuntoutuksen yksiköstä osastojen alaisuuteen. Fysioterapeutit ovat itse vastustaneet hallinnollista muutosta. Ilmeisesti ajatus on saada yhteistyö toimivammaksi ja fysioterapeutti työskentelemään osastolla niin sanotusti koko päivän. Ongelmaksi onkin muodostunut se, että osaston henkilökunta olettaa fysioterapeutin osallistuvan lähes kaikkeen hoitotyöhön avustajan roolissa. Kuntoutuksen tukemisessa ja kuntouttavassa työotteessa pitäisi osata yhdistää terapiat ja hoitotyö kokonaisuudeksi ja tämä tulisi varmasti näkymään myös hoitotyön kirjaamisessa.

Lainsäädäntö velvoittaa, että terveydenhuollon ammattilaisen tulee merkitä potilasasiakirjoihin keskeiset ja tarpeelliset tiedot potilaan hoidosta. Oikeusturvan kannalta on tärkeä muistaa, että mitä ei ole kirjattu, sitä ei voi varmuudella todistaa tehdyksi (Hovilainen-Kilpinen ym. 2012).

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen potilasasiakirjoista (298/2009) 12 §:n mukaan potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä tulee käydä ilmi muun muassa valitun hoidon ja tehtyjen hoitoratkaisujen perusteet. Lisäksi potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä tulee käydä ilmi, miten hoito on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jotakin erityistä ja millaisia hoitoa koskevia ratkaisuja sen kuluessa on tehty. Myös hoitoon osallistuneet on tarvittaessa kyettävä selvittämään. Lisäksi saman lain 14 §:n mukaan osastohoidossa olevasta potilaasta tulee tehdä potilaskertomukseen riittävän usein aikajärjestyksessä merkinnät hänen tilansa muutoksista, hänelle tehdyistä tutkimuksista ja hänelle annetusta hoidosta. Potilaasta tehdään osana potilaskertomusta hoitojaksokohtaisesti päivittäin merkinnät hänen tilaansa liittyvistä huomioista, hoitotoimista ja vastaavista seikoista. Koska kuntoutusta ja sitä kautta kuntouttavaa työotetta on mielestäni pidettävä edellä mainitun säännöksen tarkoittamana valittuna hoitona, tulisi sen myötä tehdyt toimenpiteet ja niiden perusteet kirjata potilasasiakirjoihin. Mikäli jokin tietty toimenpide jätetään suorittamatta, tulisi siihen löytyä potilasasiakirjoista selvät perusteet. Tästä voi esimerkkinä mainita potilaan jättämisen jopa viikonlopuksi vuoteeseen, vaikka alkuperäisenä suunnitelmana on ollut päivittäinen aktiivisuus ja toimintakyvyn tukeminen. Kun toimenpide tai sen suorittamatta jättäminen kirjataan ja tarvittaessa perustellaan

asianmukaisesti, pystytään alkuperäisen hoitosuunnitelman toteutumista seuraamaan huomattavasti paremmin.

Kuntoutus on kiistatta yksi väestön terveyden edistämiseen tähtäävistä toimenpiteistä ja sitä kautta sille on löydettävissä selvä yhtymäkohta myös Suomen perustuslain (731/1999) 16 §:ään, jonka mukaan julkisen vallan on muiden tehtäviensä ohella edistettävä väestön terveyttä. Asianmukainen kirjaaminen on omiaan edistämään myös kaikkien osapuolten oikeusturvaa, koska dokumentoidut toimenpiteet pystytään jälkikäteen toteamaan ja mahdollisten laiminlyöntien tai vastaavasti perusteettomien kanteluiden selvittäminen helpottuu. Koska samaa potilasta hoitaa vuorokauden aikana useat eri henkilöt, suoritettujen hoitotoimenpiteiden jättäminen ainoastaan muistinvaraisiksi saattaa vaarantaa jopa potilasturvallisuuden.

Hoitotyön kirjaamisen valvonta perustuu tilastoihin, jolloin niistä saatu tieto on toimintoluokituksiin perustuvaa eli otsikkotasoisista. Tämä ei palvele kirjaamisen laadun valvontaa, koska vasta potilasasiakirjojen sisällöstä selviää suoritettujen hoitotoimenpiteiden tosiasiallinen sisältö. Otsikkotasoisella valvonnalla pystytään toteamaan kirjaamisen määrää mutta ei sen laatua. Kuitenkin asetetut vaatimukset ja tavoitteet edellyttävät yleensä aina myös asianmukaista valvontaa, joten potilasasiakirjoihin tehtyjen merkintöjen sisältöön olisi kiinnitettävä enemmän huomiota.

Jatkossa voisi tutkia esimerkiksi kuntouttavaa työotetta ja hoitotyön kirjaamista toimintatutkimuksena. Toteutuisiko hoitotyön kirjaamisessa havainnoitu mahdollinen kuntouttava työote? Toinen jatkotutkimuksen aihe heräsi nimenomaan aivohalvauspotilaiden kohdalla, joiden osalta olisi mielenkiintoista selvittää, toteutuuko kuntouttava työote myös viikonloppuisin ja juhlapyhinä? Nyt dokumentteja lukiessa havaitsin, että viikonloppuna esimerkiksi kahden potilaan kohdalla heitä ei avustettu tuoliin istumaan, vaikka arkisin tämä toteutui. Toisen potilaan kohdalla levottomuus lisääntyi toisen vuorokauden kohdalla selvästi. Tämän jatkotutkimusaihe voisi toimia esimerkkinä mietittäessä henkilökunnan määrää viikonloppuihin. Vuodelevossa lihasvoiman määrää vuorokaudessa vähenee jopa 5 % (Rantanen ym. 2003). Millainen vaikuttavuus vähäisellä henkilökuntamäärällä ja kuntouttavan työoteen puuttumisella on kustannus-vaikuttavuuteen mietittäessä kuntoutuksen toteutumista ja hoitopäivien lukumäärä?

Opinnäytetyön prosessi oli mielenkiintoinen ja haasteellinen ja se herätti paljon ajatuksia ja kysymyksiä. Luulen, että hoitotyön kirjaaminen ja kuntouttava työote jää minulle yhdeksi tulevaisuuden keihättämishaasteeksi ja toivonkin, että saisin tulevaisuudessa olla jollakin tavalla mukana niiden kehitystyössä.

LÄHTEET

ACENDIO. Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes.[Viitattu 2013-12-03.] Saatavissa: www.acendio.net

ALARANTA, Hannu ja MANNILA, Simo 2008. Euroopan unioni ja kuntoutus. [digilehti] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.uef.fi:2048/>

ALASUUTARI, Pertti 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Riika:Inprint.

ALLGIRE, Mildred J. 1971. Kuntouttavaa sairaanhoitoa. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Hämeenlinna: Arvi A. Karisto Osakeyhtiön kirjapaino.

CROCKER T, FORSTER A, YOUNG J, BROWN L, OZER S, SMITH J, GREEN J, HARDY J, BURNS E, GLIDEWILL E, GREENWOOD, DC 2013. Physical rehabilitation for older people in long-term care. Chocrane collaboration. Wiley Publisher. Saatavissa: <http://eprints.whiterose.ac.uk/75591/2/CD004294.pdf>

FINLEX. www.finlex.fi

EHNFORS, M, THORELL-EKSTRAND, EHRENBORG, A 1991b. Towards basic nursing information in patient records. *Vård I Norden* 218 (3/4), 12-31.

EUROPA.EU.Euroopan unionin virallinen verkkosivusto. Aktiivisen ikääntymisen ja sukupolvien välisen solidaarisuuden teemavuosi 2012. Saatavissa: <http://europa.eu/ey2012/>

EU:N DIGITALISTRATEGIA EDISTÄÄ TALOUDEN KASVUA 2010. Saatavissa: http://ec.europa.eu/news/science/100519_fi.htm

ENSIO, Anneli 2001. Hoitotyön toiminnan mallintaminen. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 89. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja

HAHO, Anu 2009. Hoitotietojen kirjaamisen etiikka. *Sairaanhoitaja-lehti* 12/2009. Vol 82. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/12_2009

HALLILA, Liisa 2005. Näyttöön perustuvan hoitotyön kirjaaminen. Hygieia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

HALMINEN-ÄKRAS Ulla, TURUNEN Mirja 2002. Kuntouttava työote pitkäaikaisspotilaiden vuodeosastolla omahoitajien kokemana. Opinnäytetyö. Sijainti: Helsingin yliopiston kirjasto. Helsingin kaupungin terveysviraston monisteita 2002:05.

HEIMONEN, Sirkkaliisa, VOUTILAINEN Päivi 2004. Dementoituneen ihmisen kuntoutuksen lupaus. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

HIRSJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko, SAJAVAARA, Paula. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

HIRVENSALO Mirja, HUOVINEN Pirjo, KANNAS, Sirkka, PARKATTI Terttu, ÄIJÖ Marja. Liikunta iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämisessä ja edistämässä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:2.

HOLMA, Tupu 2002. Kuntouttava työote. Julkaisussa: VOUTILAINEN, Päivi, VAARANA, Marja, BACKMAN, Kaisa, PAASIVAARA, Leena, SULKA-ELONIEMI Ulla, FINNE-SOVERI, Harriet (Toim.) Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. STAKES. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

HOVILAINEN-KILPINEN Tuula, OKSANEN Heli 2012. Lähihoitajan käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro OY.

HURSKAINEN Kari, HUUSKO Tiina, Ylinen Jari 2006, Kuntoutusvuodeosastot erikoissairaanhoidossa. Suomen Lääkärilehti. 2006: 61 (10). 1135-1141. Artikkel.

HÄRÖ, Hilka 2007. Terveysthuollon henkilöstön tietotekninen osaaminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Kuopion yliopisto. Terveysthallinnon ja -talouden laitos. Pro gradu -tutkielma.

HÄYRINEN, Kristiina ja ENSIO, Anneli 2007. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa SARANTO, Kaija, ENSIO, Anneli, TANTTU, Kaarina ja SONNINEN Anna-Liisa. (Toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.

IKONEN, Helena 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Kuopion yliopisto. Terveysthallinnon ja talouden laitos. Pro gradu -tutkielma.

IIVANAINEN, Ansa ja SYVÄOJA, Pirjo 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

ILMAKUNNAS, Seija, JUNKKA, Teuvo, UUSITALO, Roope 2008. Vaikuttavaa tutkimusta -miten arviointitutkimus palvelee päästöksenteon tarpeita? VATT-julkaisu. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Helsinki: Oy Nord Print Ab.

JÄRVIKOSKI, Aila ja HÄRKÄPÄÄ, Kristiina 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY pro Oy.

KALLIO, Veikko 1995. Kuntoutuksen tiennäyttäjät. Kansaneläkelaitoksen kuntoutustutkimuskeskus 1972-1992. Turku: Kansaneläkelaitos.

KARI, Outi, NISKANEN, Tuula, LEHTONEN, Heidi ja ARSLANOSKI Virpi 2013. Kuntoutumisen tukeminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

KAUHANEN, Maija-Liisa 2009. Aivoverenkiertohäiriöt. Fysiatr. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.uef.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04503&p_selaus=15739

KAUHANEN Jussi, ERKKILÄ Arja, KORHONEN Maarit, MYLLYKANGAS Markku, PEKKANEN Juha 2013. Kansanterveystiede. Helsinki: Sanoma pro Oy.

KELHÄ, Paula 2006. Kuntouttavan hoitotyön sisältö sotainvalidien laitoshoidossa. Hoitohenkilökunnan näkökulma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu -tutkielma.

KETTUNEN, Reetta, Kähäri-Wiik Kaija, Vuori-Kemilä Anne, Ihalainen Jarmo. Kuntoutumisen mahdollisuudet. 2009. Helsinki: WSOY Pro Oy.

KIM, Sukwon, LOCHART, Thurmon 2010. Effects of 8 weeks of balance or weight training for the independently living elderly on the outcomes of induced slips. International journal of rehabilitation research. 2008 Mar vol. 33 (1) pages 49-55.

KOCH, Uwe 2009. Development of rehabilitation research in Germany. International Journal of Rehabilitation Research. 2009 Aug vol. 32 Pages 56

KOSSE, NM, DUTMER, AL, DASENBROCK, L, BAUER, JM, LAMOTH, CJ 2013. Effectiveness and feasibility of early physical rehabilitation programs for geriatric hospitalized patients: a systematic review. BMC Geriatr. 2013 Oct. 10 Vol. 13 (1) Page 107. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24112948>

KOUKKARI, Marja 2010. Tavoitteena kuntoutuminen. Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Lapin yliopisto. Väitöskirja. Saatavissa: <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/67116/>

KUKKONEN, Leila 2007. Hoitotyöntekijöiden kuvaus kuntouttavasta hoitotyöstä perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

KUNTOUTUSPORTTI. Kuntoutusjärjestelmät ja kuntoutusta säätelevä lainsäädäntö Suomessa. [Vii-tattu 2013-04-30.] Saatavissa: <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/lainsaadanto/>

- KURVINEN, Pinja, PAUKKUNEN, Anu, PAUKKUNEN, Jonna 2012. Henkilökunnan käsitys kuntouttavasta työteestä. Opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
- KÄHÄRI-WIIK, Kaija, NIEMI, Aira, RANTANEN, Anneli 2007. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- LAURI, Sirkka 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- LUNDGREN, Jarna 1998. Kirjassa Heimonen Sirkkaliisa, Voutilainen Päivi (toim.) Kuntouttava työtehdentoituvan hoitotyössä. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- LÖNNROOS, Eija 2008. Julkaisussa: Gerontologia. (toim) HEIKKINEN, Eino ja RANTANEN, Taina. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki: Otavan Kirjapaino.
- MORRIS, JN, FIATORE, M, KIELY, DK, BELLEVILLE-TAYLOR, P, MURPHY, K, LITTLESHALE, S, OOI, WL, O`NEIL, E, DOYLE, N 1999. Nursing rehabilitation and exercise strategies in the nursing home. J Gerontol A Bio Sci Med Sci. 1999 Oct. vol. 54 (10)
- MÄNTYENEN, Raija 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä kuntoutuksessa. Kuopion yliopiston julkaisuja. E. Yhteiskuntatieteet 144. Väitöskirja.
- NIEMELÄ, Kristiina 2011. Iäkkäiden tuettu kuntoutuminen. Laitoskuntoutusjakson, kotikuntoutuksen ja keinutuoliharjoittelun vaikutukset iäkkäiden henkilöiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Terveystieteiden tiedekunta. Itä -Suomen yliopisto. Väitöskirja.
- NURSING INTERVENTION CLASSIFICATION (NIC) Saatavissa: <http://www.nursing.uiowa.edu/cncce/nursing-interventions-classification-overview>
- NYKÄNEN, Pirkko, JUNTILA, Kristiina 2012. Hoitotyön ja ammatillisen kirjaamisen loppuraportti. THL-Raportti 40/2012. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/handle/10024/90814>
- NYKÄNEN, Pirkko, VIITANEN, Johanna, KUUSISTO, Anne 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin käytettävyys. Tampereen yliopisto.
- OLKONIEMI, Mari 2008. "Tekee niin paljon kuin pystyy" Kuntouttava hoitotyö henkilökunnan kokemana. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.
- PAINILAINEN, Terhi, HUPLI Maija, ARVE, Seija 2013. Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaiden kuntoutuminen. Hoitoontieteen laitos. Turun yliopisto. Pro -gradu-tutkielma.
- POHJOLAINEN, Timo, RISSANEN, Paavo 2009. Julkaisussa: Fysiatría. Arokoski Jari, Alaranta Hannu, Pohjolainen Timo, Salminen Jouko, Viikkari-Juntura Eira. (Toim.) Kustannus Oy Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino.
- PURHONEN, Kaarina 2011. Rakenteinen kirjaaminen kuntouttavassa hoitotyössä. Opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu.
- RANTANEN, Taina, SAKARI-RANTALA, Ritva 2003. Teoksessa Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:2. Toim. Tiina-Mari Lyyra, Hietanen Anne.
- RESTORATIVE NURSING. [Viitattu 02.12.2013] Saatavissa: http://www.uwo.ca/actage/pdf/rc_fall_2011/
- ROUTASALO, Pirkko. 2002. Sairaanhoidajan asennoituminen iäkkeeseen kuntoutuspotilaaseen ja kuntoutumista edistävään hoitotyöhön. Hoitotiede 5/2002 vol 14. s 254-263.
- ROUTASALO, Pirkko 2004. Kuntoutumista edistävä hoitotyö laitoksessa. Teoksessa Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. (toim.) VOUTILAINEN, Päivi, HEIMONEN, Sirkkaliisa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

- RUSI, Reetta 1997. Hoidollinen kuntoutus vanhainkodissa. Vanhusten omatoimisuuden tukeminen päivittäisissä toiminnoissa. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Lisensiaatin tutkimus.
- SAKARI, Ritva 2013. Tutkimusartikkeli. Iäkkäiden ihmisten liikkumiskyky muovautuu monesta tekijästä. Fysioterapia 5/2013. Sivut 4-9.
- SALMELAINEN, Ulla. 2008. Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa – Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö laitospuoleisessa kuntoutuksessa. Turun yliopisto. Evaluating the impact of electronic health records on nurse clinical process at two community health sites. Väitöskirja.
- SARANTO, Kaija, ENSIO, Anneli, TANTTU, Kaarina, SONNINEN, Anna-Liisa 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY
- SARANTO, Kaija, ENSIO, Anneli 2012. Hoida ja kirjaa. (Toim.) IIVANAINEN Ansa ja SYVÄOJA, Pirjo. 7. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- SINKKONEN, Sirkka, TASKINEN, Helena. Tutkimusartikkeli. Johtamisosaamisen vaatimukset ja taso perusterveydenhuollon hoitotyön johtajilla. Hoitotiede 3/2002. Vol 14. Sivut 129-141.
- SUVIKAS, Annukka, LAURELL, Leena, NORDMAN, Pia 2011. Kuntouttava lähihoito. Helsinki: Edita.
- SOCKOLOW, Paulina S, LIAO Cindy, CHITTAMS Jesse L, BOWLES Kathryn H. 2012. Evaluating the impact of electronic health records on nurse clinical process at two community health sites <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3799128>
- TANTTU, Kaarina ja IKONEN, Helena 2007. Julkaisussa: Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. SARANTO, Kaija, ENSIO, Anneli, TANTTU, Kaarina, SONNINEN Anna-Liisa. Helsinki: WSOY.
- TURJAMAA, Riitta 2007. Kuntouttava hoitotyö ikääntyvien kotihoidossa – Hoitohenkilöstön näkemyksiä täydennyskoulutuksestaan verkko-oppimisympäristössä. Terveystieteiden opettajankoulutus. Hoitotieteenlaitos. 2007. Pro gradu –tutkielma.
- TUOMI, Jouni ja SARA-JÄRVI, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- STM 2001. Potilas asiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:3.
- STM 2002. Kuntoutusselonteko. Saatavissa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/kselte02.pdf>
- STM 2002. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö Julkaisuja 2008:3- Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2002:6.
- STM 2003. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:2. Saatavissa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ikakunto/osa1.pdf>
- STM 2004. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:18. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4020
- STM 2005. Potilaan liikkumisen avustus- ja siirtomenetelmien opetus sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:26.
- STM 2007. Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:6
- STM 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18.

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN ASETUS POTILASASIAKIRJOJEN LAATIMISESTA SEKÄ NII-
DEN JA MUUN HOITOON LIITTYVIEN MATERIAALIN SÄILYTTÄMISESTÄ 99/2001. Saatavissa:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001>

VIRJONEN, Kaija 2000. Kuntoutumista edistävä hoitotyö potilaiden ja hoitajien kokemana. Turun yli-
opisto. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu –tutkielma.

VIROLAINEN, Marja 2006. Hoitohenkilökunnan käsityksiä elektronisesta hoitotyön kirjaamisesta pe-
rusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

VÄHÄKANGAS, Pia 2011. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa
laitoshoidossa. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Terveystieteiden tiede.

WALLIN, Marja 2009. Tutkimusartikkeli. Vanhukset mukaan kuntoutuksen suunnitteluun fysiotera-
pian väitöskirjasta "Communitydwelling older people in inpatient rehabilitations: Physiotherapists
and clients accounts of treatments, and observed interaction during group sessions". Gerontologia
2/2009 s.112-114.

WEISS Z, SNIR D, KLEIN B, AVRAMHAM I, SHANI R, ZETLER H, EYAL P, DYNIA A ELDAR R. 2004 Ef-
fectiveness of home rehabilitation after stroke in Israel 2/2004. Vol 27. International journal of re-
habilitation research. s 119-125.

LIITE 1

Suunnitteluvaiheen kuntouttavaan työotteeseen liittyvät pelkistetyt ilmaisut

<i>pyörätuolimobilisaatio</i>	<i>avustetaan pesuissa päivittäin</i>
<i>yhden avustamana päivittäisistä toimista ja liikkumisesta selviäminen</i>	<i>kuntoutuminen omatoimisesti</i>
<i>p-tuoliin siirtyminen mahdollisimman itsenäisesti</i>	<i>rollaattorin avulla liikkuvaksi</i>
<i>p-tuoliin avustaminen ruokailujen ajaksi</i>	<i>harjoittelee nilkkatukien avulla seisomista?</i>
<i>kävelyn harjoittaminen Fordilla.</i>	<i>harjoittelee kävelyä rollaattorin avulla</i>
<i>kuntouttava perushoito</i>	<i>ohjataan päivittäisiä toimintoja</i>
<i>aivohalvaus potilaan asentohoito</i>	<i>p-tuoliin avustettava</i>
<i>päivittäisen jaksamisen mukaan p-tuoliin</i>	<i>p-tuoli kuntoisuus</i>
<i>matalasiirtyminen</i>	<i>avustetaan päivittäin p-tuoliin</i>
<i>aktivoimalla liikeharjoitusten toteutuminen</i>	<i>kannustetaan liikkeelle</i>
<i>mahdollisimman itsenäiseen toimintaan</i>	
<i>mahdollisimman kivuton olo</i>	
<i>mahdollisimman omatoiminen liikkuminen</i>	
<i>selviää autettuna päivittäisistä toiminnoista</i>	
<i>ruokailun ohjaaminen</i>	
<i>pukeutuu asiallisesti</i>	
<i>liikkumista tuettava päivittäisin kävelylenkein</i>	

LIITE 2

Toteutusvaiheen kuntouttavaan työotteeseen liittyvät pelkistetyt ilmaisut**Hoitajat****Fysioterapeutit**

<i>p-tuoliin avustettu istumaan</i>	<i>seisten teki vahvistavia harjoitteita</i>
<i>osallistuu voimiensa mukaan aamutoimiin</i>	<i>kävelyharjoitus</i>
<i>hoitajan avustamana aamupesuja tehnyt</i>	<i>kuntosaliharjoitus</i>
<i>hoitajan avustamana aamutoimet</i>	<i>uuden p-tuolin sovitus</i>
<i>hoitajan avustamana vessaan pesulle</i>	<i>keskivartalon hallinta ja voimaharjoitteita</i>
<i>hoitaja "varjona" kävelyssä ollut</i>	<i>kävely+kuntosaliharjoitus</i>
<i>pesi itsensä ohjattuna</i>	<i>käveli fordilla 50 metriä</i>
<i>pikkuleipiä leipomassa</i>	<i>yhden avustamana Wc:ssä</i>
<i>siirtymisessä liukulevyllä autettu</i>	<i>avustettu p-tuoliin liukulaudalla</i>
<i>istui pitkään päiväsalissa</i>	<i>motomedillä polkenut II</i>
<i>houkuteltu kävelemään Fordilla pesuhuoneeseen</i>	<i>harjoitteli seisomaannousua IIII</i>
<i>hoitajan avustamana kävellyt fordilla</i>	<i>harjoitteli alaraajaan varaamista</i>
<i>hoitajan kehoituksesta itsenäisesti hoitanut aamu-pesut</i>	<i>seisomatelineessä ollut III</i>
<i>ohjattuna teki aamupesut</i>	<i>kaidetta vasten seisomaannosuharjoitteita</i>
<i>tarvitsee ohjeita ja kannustusta</i>	<i>houkuteltu liikkeella</i>
<i>kääntyili lavetilla ohjattuna</i>	<i>haettu kävelylle ja kuntosaliin</i>
<i>aamupesut portatiivilla ohjattuna</i>	<i>saatettu päiväsalin lounaalle</i>
<i>kävelytys</i>	<i>lihaskuntoharjoittelua ohjattu</i>
	<i>portaille astumista harjoiteltu</i>
	<i>vuoteessa aktiiviset ja mobilisoivat liikkeet</i>
	<i>kokeiluun norm p-tuoli</i>
	<i>osallistui asennon korjaamiseen</i>
	<i>toimintaterapeutille viestiä käsilastasta</i>

LIITE 3

Hoitotyön kirjaamista ja kuntoutusta ohjaava lainsäädäntö

Terveystieteiden lae 1326/2010

Kansanterveyslaki 66/1972

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989

Potilasvahinkolaki 585/1986

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989

Mielenterveyslaki 1116/1990

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994

Henkilötietolaki 523/1999

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999

Hallintolaki 434/2003

Terveystieteiden lae 1326/2010

Kansanterveyslaki 66/1972

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989

Sosiaalihuoltolaki 710/1982

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1982,

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977

Lastensuojelulaki 417/2007

Päihdehuoltolaki 41/1986

Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 189/2001

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003

(www.finlex.fi)